

# Mulighederne for privat sundhedsfaglig praksis

En ekstern redegørelse baseret på international litteratur og erfaring, en sundhedspolitisk og -økonomisk analyse, og nøglepersoners perspektiver

Christine Ingemann  
Kjeld Møller Pedersen  
Christina Viskum Lytken Larsen

**Syddansk Universitet**

**Statens Institut  
for Folkesundhed**



**Mulighederne for privat sundhedsfaglig praksis**

En ekstern redegørelse baseret på international litteratur og erfaring, en sundhedspolitisk og -økonomisk analyse, og nøglepersoners perspektiver

Christine Ingemann

Kjeld Møller Pedersen

Christina Viskum Lytken Larsen

Internt review: Peter Bjerregaard

Oversat til grønlandsk af Else Jensen

Copyright © 2025

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-717-3

Rapporten er udgivet af:

Statens Institut for Folkesundhed

Stuðiestræde 6

1455 København K

[www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

Rapporten kan downloades fra [www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

# Forord

Sundhedsvæsenet i Kalaallit Nunaat står over for en række udfordringer, som kalder på nytænkning og fleksible løsninger. Med afsæt i Sundhedsforliget 2023, hvor der efterspørges nye modeller for sundhedsbehandling, herunder privatpraktiserende sundhedsmedarbejdere og selvbetjeningsmuligheder, undersøger denne redegørelse mulighederne for at etablere og understøtte privat sundhedsfaglig praksis – med særligt fokus på almen lægepraksis – som et muligt supplement til de offentlige sundhedstilbud.

Rapporten er udarbejdet af Center for Folkesundhed i Grønland i samarbejde med en sundhedsøkonom fra Syddansk Universitet. Jeg og forfatterne vil gerne takke alle, der har bidraget med viden, erfaringer og refleksioner i forbindelse med redegørelsen – særligt de nøglepersoner, som har delt deres perspektiver på sundhedsvæsenets fremtid.

Det er afgørende, at nye tiltag ikke bidrager til øget ulighed i adgangen til sundhedsydelser. Et sundhedsvæsen skal tage udgangspunkt i befolkningens behov og være forankret i lokale værdier, sprog og kultur. Det gælder ikke mindst i en grønlandsk kontekst, hvor geografiske og sociale forhold stiller særlige krav til organisering og samarbejde.

Jeg håber, at redegørelsen kan danne grundlag for en åben og fremadskuende drøftelse af, hvordan vi bedst sikrer et bæredygtigt og retfærdigt sundhedsvæsen for alle borgere i Kalaallit Nunaat.

**Morten Hulvej Rod**

Direktør, Statens Institut for Folkesundhed

# Kapitelloversigt

## Kapitel 1. Baggrund for redegørelsen

Rapporten undersøger mulighederne for samt fordele og ulemper ved at understøtte og udbrede privat sundhedsfaglig praksis i Kalaallit Nunaat med særligt fokus på almen lægepraksis i Nuuk. Det sker på baggrund af politisk interesse og behov for fleksible sundhedsløsninger. Vi har i redegørelsen lagt hovedvægt på en gennemgang af problemstillingerne omkring privat almen lægepraksis, da det er her, der vil være flest berøringsflader med det eksisterende offentlige sundhedsvæsen.

## Kapitel 2: Metode

Analysen bygger på international litteratur, sundhedspolitisk og -økonomisk analyse samt nøglepersoners perspektiver. Disse kombineres for at belyse både strukturelle og kontekstspecifikke forhold.

## Kapitel 3: International litteratur og erfaring

Erfaringer fra andre lande viser, at offentligt-privat samarbejde kræver klare finansieringsmodeller, regulering og administrative ressourcer. Kapitlet præsenterer et overblik over organiseringen af privat praksis i Norden samt enkelte regioner i Canada og Alaska, hvor kontekst er sammenlignelig med Kalaallit Nunaats i forhold til sundhedssystemets organisering, den lille befolkningsgruppe og den begrænsede kapacitet.

## Kapitel 4: Primærsektoren i Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Primærsektoren er offentligt organiseret. Der findes allerede enkelte private klinikker i Nuuk, men uden formaliserede samarbejdsaftaler. Dronning Ingrid's Sundhedscenter er under pres med stigende efterspørgsel og en udfordret tilgængelighed.

## Kapitel 5: Tre scenarier for privat lægepraksis

Der opstilles tre scenarier – den uafhængige, den integrerede og den kombinerede praksis – som alle bygger på en fælles grundmodel og vurderes ud fra de samme 16 kriterier, herunder aflastning af Dronning Ingrid's Sundhedscenter, økonomi, lighed og samarbejde med det offentlige sundhedsvæsen. Uanset hvilket scenarie der vælges, forudsætter etablering af privat praksis en afgrænset forsøgsordning med tæt koordinering med det eksisterende sundhedsvæsen.

## Kapitel 6: Perspektivering

Nøglepersoner fremhæver både potentialer og bekymringer ved privat praksis, herunder risiko for ulige adgang, konkurrence om personale og behov for klare juridiske og organisatoriske rammer. Der diskuteres alternative løsninger som omorganisering af Dronning Ingrid's Sundhedscenter og styrkelse af eksisterende strukturer.

### **Kapitel 7: Juridiske overvejelser ved etablering af almen lægeklinik i Kalaallit Nunaat**

En jurist med bred ekspertise i sundhedsjura og kendskab til den grønlandske kontekst vurderer i dette kapitel, om der findes juridiske barrierer, som enten udelukker etablering, eller som Naalakkersuisut bør være særligt opmærksomme på i den videre proces.

### **Kapitel 8: Sammenfatning og pejlemærker**

Privat praksis kan fungere som et supplement til det offentlige sundhedsvæsen, men risikerer at ske på bekostning af en ligelig adgang til sundhedsydelser. Derfor kræver en eventuel implementering politisk stillingtagen, yderligere undersøgelser og sikring af lighed og kvalitet i sundhedstilbuddet. Det anbefales, at alle tiltag indledes som forsøgsordninger med efterfølgende evaluering – og med fokus på borgernes behov, sundhedsvæsenets bæredygtighed og en plan for den videre proces.

# Indhold

|                                                                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Baggrund for redegørelsen.....</b>                                                                                               | <b>1</b>  |
| 1.1 Formålet med redegørelsen .....                                                                                                    | 1         |
| 1.2 Introduktion.....                                                                                                                  | 2         |
| <b>2. Metode .....</b>                                                                                                                 | <b>4</b>  |
| 2.1 International litteratur og erfaringer .....                                                                                       | 4         |
| 2.2 Sundhedspolitisk og -økonomisk analyse .....                                                                                       | 4         |
| 2.3 Nøglepersonernes perspektiver .....                                                                                                | 4         |
| <b>3. International litteratur og erfaring .....</b>                                                                                   | <b>6</b>  |
| 3.1 Opmærksomhedspunkter for det private-offentlige partnerskab .....                                                                  | 7         |
| 3.2 Erfaringer fra andre lande.....                                                                                                    | 8         |
| <b>4. Primærsektoren i Det Grønlandske Sundhedsvæsen .....</b>                                                                         | <b>13</b> |
| 4.1 Almenmedicinske tilbud i Kalaallit Nunaat.....                                                                                     | 13        |
| 4.2 Eksisterende privat sundhedsfaglig praksis i Nuuk .....                                                                            | 16        |
| 4.3 Opsummering af vejledningen for samarbejde mellem privat lægepraksis og<br>sundhedsvæsenet .....                                   | 17        |
| <b>5. Tre scenarier for privat lægepraksis .....</b>                                                                                   | <b>19</b> |
| 5.1 Scenarie 1: Den uafhængige praksis .....                                                                                           | 22        |
| 5.2 Scenarie 2: Den integrerede praksis .....                                                                                          | 24        |
| 5.3 Scenarie 3: Den kombinerede praksis.....                                                                                           | 27        |
| 5.4 Opsamling .....                                                                                                                    | 29        |
| <b>6. Perspektivering .....</b>                                                                                                        | <b>31</b> |
| 6.1 Mulighed for privat sundhedsfaglig praksis i dag.....                                                                              | 31        |
| 6.2 Fordele og ulemper ved scenarierne .....                                                                                           | 32        |
| 6.3 Overvejelser ved mulig etablering af privat lægepraksis .....                                                                      | 34        |
| 6.4 Styrkelse af det offentlige tilbud: Fremtidige veje for DIS .....                                                                  | 42        |
| <b>7. Juridiske overvejelser ved etablering af almen lægeklinik i Kalaallit Nunaat ...</b>                                             | <b>43</b> |
| <b>8. Sammenfatning og pejlemærker .....</b>                                                                                           | <b>46</b> |
| <b>Referencer .....</b>                                                                                                                | <b>48</b> |
| <b>Bilag</b>                                                                                                                           |           |
| Bilag 1: Baggrundsnotat om etablering af privat lægepraksis                                                                            |           |
| Bilag 2: Vejledning om aktuell mulighed for samarbejde mellem privat sundhedsfaglige praksis<br>og Sundhedsvæsenet i Grønland          |           |
| Bilag 3: Sammenfatning til interview med nøglepersoner: Redegørelse af mulighederne for<br>etablering af privat sundhedsfaglig praksis |           |
| Bilag 4: Beregninger af omkostninger og løn for offentligt ansatte læger og privatpraktiserende                                        |           |

# 1. Baggrund for redegørelsen

Baggrunden for udfærdigelsen af redegørelsen er et politisk fokus på privat sundhedsfaglig praksis. Af Sundhedsforliget 2023 fremgår det, at: "Det skal undersøges, hvordan sundhedsområdet kan skabe fleksible løsninger i sundhedsbehandlingen, som er i overensstemmelse med efterspørgslen og borgernes forventninger. Heriblandt skal udbredelse af mulighederne for privatpraktiserende sundhedsmedarbejdere afdækkes, samt selvbetjeningsmuligheder" (1). Herved forstås, at det i højere grad skal være muligt at udbrede og understøtte privat sundhedsfaglig praksis. I herværende redegørelse undersøges mulighederne for samt fordele og ulemper ved at understøtte og udbrede privat sundhedsfaglig praksis.

Den nuværende lovgivning tillader etablering af privat sundhedsfaglig praksis, hvilket der allerede er eksempler på i Nuuk. Her findes blandt andet en privat tandlæge, to private jordemødre og en privat klinik for fysioterapi. Der er endnu ikke blevet etableret privat lægepraksis. Selvom den eksisterende lovgivning muliggør etableringen af privat sundhedsfaglig praksis, fastsætter den ikke konkrete rammer for, hvordan samarbejdet mellem den private sundhedsfaglige praksis og det offentlige sundhedsvæsen skal foregå, herunder regulering, kvalitetssikring og betjening.

Departementet for Sundhed har udarbejdet et grundigt baggrundsnotat om etablering af privat lægepraksis i oktober 2023 med input og materialer fra Sundhedsledelsen og Landslægeembedet (bilag 1). Notatet belyser forskellige modeller for samarbejde mellem det offentlige sundhedsvæsen og privat lægepraksis, som ville kunne understøtte en given etablering af privat lægepraksis. Disse omfatter:

1. Samarbejde med landsapoteket ift. import af lægemidler og håndtering af recepter;
2. Brug af laboratoriefunktioner og røntgen/scanningsapparatur;
3. Henvisning til kirurgisk eller medicinsk behandling samt fysio- og ergoterapi;
4. Brug af elektronisk patientjournal Cosmic og receptmodul.

Derudover belyser baggrundsnotatet mulige fordele og ulemper ved etablering af privat lægelig virksomhed og samarbejdet med det offentlige sundhedsvæsen.

Efter påbegyndelsen af denne redegørelse har Det Grønlandske Sundhedsvæsen udgivet "Vejledning om aktuel mulighed for samarbejde mellem privat lægepraksis og sundhedsvæsenet i Grønland" ([læs mere i kapitel 4.3](#) og bilag 2). Der er taget hensyn til vejledningen, hvor det er relevant.

Redegørelsen tager udgangspunkt i det ovenfor nævnte baggrundsnotat og belyser desuden mulighederne for privat sundhedsfaglig praksis.

## 1.1 Formålet med redegørelsen

Formålet med redegørelsen er at undersøge mulighederne for samt fordele og ulemper ved at understøtte og udbrede privat sundhedsfaglig praksis. Redegørelsen består af tre dele: en gennemgang af international litteratur og erfaringer på området, en sundhedspolitisk og -økonomisk analyse af forskellige scenarier og deres betydning for Det Grønlandske Sundhedsvæsen, samt indsamling af nøglepersoners perspektiver og erfaringer på baggrund af de første 2 dele af redegørelsen.

### *Privat almen lægepraksis som ramme for analysen*

Vi har i redegørelsen lagt hovedvægt på en gennemgang af problemstillingerne omkring privat almen lægepraksis, da det er her, der vil være flest berøringsflader med det eksisterende offentlige sundhedsvæsen. Vi antager, at de problemer, der findes i andre former for privat sundhedsfaglig praksis, alle vil blive afdækket i forbindelse med analysen af privat almen lægepraksis. Redegørelsen tager udgangspunkt i Nuuk, hvor indbyggerantallet gør det mest realistisk at etablere privat lægepraksis. Afgrænsningen af den private praksis' betjeningsomfang – herunder at praksis i herværende redegørelse alene omfatter fysisk fremmøde i Nuuk og ikke telemedicinske ydelser eller betjening af borgere i andre byer – er foretaget for at sikre en håndterbar og fokuseret analyse. I perspektivering forholder vi os til de andre sundhedsfaglige klinikker.

## 1.2 Introduktion

Primærsektoren<sup>1</sup> er normalt den første kontakt til sundhedsvæsenet (2). I Nuuk er Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) indgangen til behandling, mens grænsefladerne mellem primær- og sekundærsektor i hovedbosteder og større bosteder<sup>2</sup> er mindre tydelige (3). Den primære sektor kan dække de fleste sundhedsbehov i befolkningen, som omfatter sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, håndtering af kroniske lidelser samt standard kurativ behandling (2, 4).

WHO definerer primær sundhedsydelser således: "en helhedsorienteret samfundstilgang til sundhed, der har til formål retfærdigt at maksimere niveauet og fordelingen af sundhed og trivsel ved at fokusere på menneskers behov og præferencer (både som individer og i fællesskaber) så tidligt som muligt i forløbet – fra sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse til behandling, rehabilitering og palliativ pleje – og så tæt som muligt på menneskers daglige omgivelser" (5).

Det er vigtigt at understrege, at Kalaallit Nunaat står i en unik situation, fordi den private lægepraksis ikke er etableret endnu (4). De eksisterende private sundhedsfaglige klinikker i Nuuk som tandlæge, fysioterapeut og jordemoder har etableret sig stort set uafhængigt af det offentlige sundhedsvæsen med uformelle aftaler om samarbejde. Den seneste udgivelse af *Vejledning om aktuel mulighed for samarbejde mellem privat lægepraksis og sundhedsvæsenet i Grønland* har til formål at sikre formaliserede og dokumenterede aftaler og samarbejde mellem instanserne fremadrettet.

Det er begrænset, hvad der findes af relevant evidens i den internationale litteratur og erfaringer for en udgangssituation uden privat lægepraksis. International litteratur om offentligt-private partnerskaber i

---

<sup>1</sup> Sundhedsvæsenet opdeles i tre niveauer: den primære, sekundære og tertiære sektor. Den primære sektor er borgerens første kontakt med sundhedsvæsenet og omfatter fx praktiserende læger, sundhedsplejersker og hjemmepleje. Den sekundære sektor består primært af sygehuse og speciallæger og varetager udredning og behandling, som kræver henvisning fra den primære sektor. Den tertiære sektor omfatter højt specialiseret behandling og rehabilitering. Det kan fx være behandling på specialiserede hospitalsafdelinger, højt specialiserede centre eller landsdækkende funktioner, hvor der kræves særlig ekspertise og avanceret udstyr.

<sup>2</sup> Bostederne inddeles efter størrelse i følgende kategorier: a) Hovedstad (dvs. Landets hovedstad); b) Hovedbosteder (dvs. kommunalt hovedbosted); c) Større bosteder: 700 - 3.000 indbyggere; d) Bosteder: 200 - 699 indbyggere; e) Mindre bosteder: 50 - 199 indbyggere; f) Mindste bosteder: mindre end 50 indbyggere; g) Andre lokaliteter: Udenfor kommuneinddelingen (fx Pituffik, Sirius) (3). Denne opdeling adskiller sig fra Katalog for sundhedsfaglige ydelser i regionerne fra 2015, hvor det beskrevne befolkningsgrundlag betinger adgangen til ydelser.

primærsektoren kan give indsigt i, hvilke fordele offentlige sundhedssystemer i andre lande opnår gennem sådanne partnerskaber – særligt med henblik på at sikre adgang til sundhedsydelser i områder, hvor borgerne ellers ikke har adgang til sundhedsydelser, og på at aflaste det offentlige system ved at overføre opgaver til det private.

## 2. Metode

Grundlaget for redegørelsen består af tre dele: (Del 1) en litteraturgennemgang af international erfaring samt interview af centrale personer, (del 2) en sundhedspolitisk og -økonomisk analyse, og (del 3) interview med udvalgte nøglepersoner fra sundhedssektoren i Kalaallit Nunaat. I de følgende afsnit beskrives de anvendte metoder til indsamlingen af data, og hvordan de er blevet bearbejdet.

### 2.1 International litteratur og erfaringer

Som et vigtigt evidensgrundlag i redegørelsen inddrages international litteratur, herunder den såkaldte grå litteratur, samt interview med centrale personer om erfaringer med organisering af primærsektoren og håndtering af spillet mellem det private og offentlige system. Der er foretaget litteratursøgninger samt søgning og gennemgang af informationer på hjemmesider og dokumenter (f.eks. strategier, reformer, analyserapporter) om sundhedssystemer i Norden. Der er også blevet taget kontakt til centrale personer eller organisationer i henholdsvis det færøske og islandske sundhedssystem. I Færøerne har vi været i kontakt med læge og forsker Pál Weihe og den nationale sundhedsforsikring Heilsutrygd. I Island har vi ad flere omgange forsøgt at kontakte personer og organisationer, men desværre uden held.

### 2.2 Sundhedspolitisk og -økonomisk analyse

På baggrund af overblikket af almen praksis i Norden i del 1 og disse landes og regioners forsøg på (privatiserings)reformer er der udarbejdet tre scenarier, som baserer sig på en fælles grundmodel. Grundmodellen bygger på nogle grundlæggende forhold og antagelser om private almen lægepraksis, som f.eks. at den private almenlægepraksis er en heltidspraksis og består af to fuldtidsspecialister i almen medicin. Der er opstillet 14 vurderingskriterier, som anvendes i alle tre scenarier. Vurderingskriterierne er defineret ud fra baggrundsnotatet, litteratur/erfaring på området og antagelser om, hvad aktører vil finde relevant.

### 2.3 Nøglepersonernes perspektiver

På baggrund af del 1 og 2 er der udformet en sammenfatning, der beskriver redegørelsens formål og de tre scenarier. Sammenfatningen er tilgængelig i bilag 3. Denne sammenfatning giver en overordnet indføring i scenarierne, hvilket dannede udgangspunktet for en række samtaler, vi har haft med nøglepersoner fra den grønlandske sundhedssektor for at inddrage deres perspektiver på de forskellige scenarier for etableringen af privat sundhedsfaglig praksis. Nøglepersonernes perspektiver afveg fra hinanden, blandt andet på grund af deres forskelligartede indsigt i sundhedssystemer og -politik, hvilket med stor sandsynlighed havde betydning for deres forståelse af de tekniske elementer i grundmodellen og de tre scenarier.

Samtalerne foregik i via Microsoft Teams videoopkald og varede mellem 30 til 60 minutter. Indledningsvist blev deltagerne informeret om formålet med redegørelsen. De blev samtidig gjort opmærksomme på, at der under samtalen blev taget detaljerede noter, som i videst muligt omfang ville blive anonymiseret. Hvis anonymisering ikke var mulig, blev personfølsomme udsagn sendt til godkendelse hos nøglepersonen. Nøglepersoner blev også kontaktet, hvis der under analysearbejdet opstod behov for at få bekræftet

udsagns rigtighed, sikre korrekt forståelse eller indhente supplerende oplysninger. Derefter blev undersøgelsens metodiske tilgang samt opsætningen af grundmodellen og de tre scenarier kort præsenteret.

Nøglepersonerne repræsenterede følgende institutioner:

- Departement for Sundhed og Personer med Handicap
- Landslægeembedet
- Direktionen i sundhedsvæsenet
- Dronning Ingrid's Sundhedscenter
- Medicinsk område (Dronning Ingrid's Hospital)
- Steno Diabetes Center Grønland
- Læge med interesse for at praktisere privat
- Etablerede private sundhedsfaglige klinikker
- Nakorsat Peqatigiiffiat (Lægeforeningen)
- Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit (PPK) – Det Grønlandske Sundhedskartel

Under samtalerne blev der taget grundige noter af kommentarer og perspektiver, som efterfølgende blev analyseret tematisk med fokus på de fordele og ulemper, der blev påpeget ved grundmodellen og scenarierne. Der blev givet mundtligt samtykke ved starten af samtalen, men samtalerne blev hverken optaget eller transskriberet efterfølgende. Vi har i den efterfølgende analyse af nøglepersonernes perspektiver lagt særlig vægt på at medtage perspektiver, som ikke nødvendigvis udspringer af modellerne, men som forholder sig til den overordnede mulighed for at etablere privat sundhedsfaglig praksis. Disse indgår både i relevante afsnit i redegørelsen og er samlet i perspektiveringens.

### *Dialogmøde med Sundhedsrådet*

Den 25. juni 2025 fik vi mulighed for at præsentere redegørelsens scenarier samt centrale pointer, som var sammenfattet på baggrund af nøglepersonernes perspektiver, for Sundhedsrådets formandskab. Forud for onlinemødet blev redegørelsen uden perspektiveringsafsnittet samt en sammenfatning af scenarierne delt med deltagerne. Under mødet delte medlemmerne af Sundhedsrådet hver især deres overvejelser i relation til redegørelsen, og disse input blev noteret og beskrevet på lige fod med de øvrige nøglepersoners perspektiver.

### 3. International litteratur og erfaring

Vi har søgt efter international litteratur og indhentet dokumenter og erfaringer fra andre lande om privat lægepraksis. Gennemgangen har ikke været systematisk for hvert enkelt land eller region, hvilket betyder, at der for nogle er indsamlet mere information end for andre. Disse kan nærlæses i henholdsvis [afsnit 3.1](#) og [3.2](#) nedenfor. De vigtigste pointer opsummeres her.

På baggrund af den internationale litteratur, vi har fundet, er det vigtigt at fremhæve, at Kalaallit Nunaats særlige kontekst – med en lille befolkning og begrænsede sundhedsressourcer – gør, at etableringen af en privat praksis potentielt kan få en langt større indvirkning på det offentlige sundhedsvæsen end i andre lande. Erfaringer fra internationale sammenhænge understreger, at et velfungerende offentligt-privat samarbejde kræver en solid finansieringsmodel og administrative ressourcer. Dette understreger behovet for nøje planlægning og tilpasning, hvis sådanne samarbejde skal bidrage positivt til sundhedsvæsenet i Kalaallit Nunaat.

I redegørelsen præsenteres organiseringen af privat praksis i Norden samt enkelte regioner i Canada og Alaska. I tabel 1 gives en samlet oversigt over disse lande og regioner, og hvilke af redegørelsens scenarier (beskrevet i [kapitel 5](#)) de har inspireret.

Tabel 1. Oversigt over organiseringen af privat praksis i udvalgte lande.

| <b>Land/region</b>      | <b>Inspiration til hvilken af redegørelsens scenarier?</b> | <b>Kort beskrivelse af organisering af privat praksis og finansieringsmodellerne</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#">Island</a>  | Den uafhængige praksis                                     | Offentlige sundhedscentre ( <i>heilsugæsla</i> ) er den primære struktur for almen praksis i Island og dækker størstedelen af befolkningen. Private læger tilbyder sundhedsydelser mod egenbetaling eller via private sundhedsforsikringer. Omkring hovedstaden Reykjavík er der en del privat praktiserende læger. De private læger opererer uden for det offentlige system, men der eksisterer et samarbejde med det offentlige system.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <a href="#">Danmark</a> | Den integrerede praksis                                    | Almen praksis er organiseret som selvstændige klinikker, der drives af speciallæger i almen medicin. Regionerne har ansvar for planlægning og tildeling af ydernumre, mens overenskomster mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) regulerer vilkårene. Finansieringen er offentlig, men praksis drives som private virksomheder. De praktiserende læger får en basisløn beregnet ud fra antal tilmeldte patienter og er ud over det honoreret per ydelse. Der er ingen brugerbetaling på almen lægelig behandling. Dog er der brugerbetaling på vaccinationer, der ikke indgår i det offentlige vaccinationsprogram, og der gives tilskud til medicin og tandlægebehandling. |

|                                    |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#">Færøerne</a>           | Den integrerede praksis | Alle praktiserende læger ansættes af kommunerne (kommunelæger), hvor de får lokaler og udstyr stillet til rådighed, men lægerne skal selv ansætte personale og administrere deres praksis. De får en basisløn og er ud over det honoreret per ydelse. Der er ingen brugerbetaling. Den nationale sygesikring Heilsutrygd administrerer finansieringsmodellen.             |
| <a href="#">Ålandsøerne</a>        | Den kombinerede praksis | Sundhedscentre med delvis brugerbetaling, som afhænger af borgerens indkomst.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <a href="#">Sverige</a>            | Den kombinerede praksis | Offentlige og private sundhedscentre med loftbelagt brugerbetaling.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <a href="#">Finnmarken (Norge)</a> | Den kombinerede praksis | Omkring 80% af lægerne er selvstændige, mens 20% er kommunalt ansatte. Der er loftbelagt brugerbetaling.                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <a href="#">Alaska</a>             | Den uafhængige praksis  | Grundlæggende anderledes sundhedssystem end i de nordiske lande, hvor ydelser er føderalt finansieret afhængigt af den befolkningsgruppe, personer tilhører. Siden 1998 er alle sundhedsydelser til Alaska Natives blevet leveret af Alaska Native-organisationer. En af disse organisationer er South Central Foundation, som har skabt <i>The Nuka System of Care</i> . |
| <a href="#">Canada</a>             | Den kombinerede praksis | Grundlæggende anderledes sundhedssystem end i de nordiske lande. De private sundhedsudgifter per indbygger i Yukon og Northwest Territories ligger tæt på det nationale gennemsnit, mens de er markant lavere i Nunavut, primært på grund af begrænset adgang til private sundhedsydelser.                                                                                |

### 3.1 Opmærksomhedspunkter for det private-offentlige partnerskab

I mange lande på verdensplan er primærsektoren utilstrækkelig, adgangen til primære sundhedsydelser er ulige, tjenesterne er af utilstrækkelig kvalitet og/eller ikke veldokumenteret, og involverer ofte egenbetaling (4). En grundig international gennemgang af sundhedssystemers finansiering af primærsektoren redegør for, hvordan offentlig finansiering med en blanding af private ydelser potentielt kan udnyttes. Inddragelse af den private sektor i den offentlige primærsektors ydelser kræver en tilgang, der forudsætter effektiv regulering, kontraktstyring og indkøbs- og aftaleenheder (ENG: purchasing institutions).

Litteraturen fremhæver, hvordan et tættere samarbejde med den private sektor kan føre til, at privat praksis varetager bredere opgaver end kun primære sundhedsydelser, såsom opgaver forbundet med folkesundheden (f.eks. overvågning, forebyggelse) eller håndtering af sygdomsudbrud (4). Et sådant samarbejde mellem det offentlige og private omtales som *private-public partnerships* i den internationale litteratur.

Der er internationalt en stigende interesse fra offentlig side for at inddrage privat praksis i højere grad med henblik på at aflaste det offentlige sundhedssystem (4, 6). Lancet Global Health kommissionen har i 2022 lavet en omfattende gennemgang af finansieringen af primærsektoren internationalt, hvor de præsenterer forskellige lande som eksempler (f.eks. Estland og New Zealand) (4). Den rette afregningsmodel for det privat-offentlige samarbejde i primærsektoren er svær at finde (4). De fleste lande har et blandet

afregningssystem, som har til formål at sikre overkommelig brugerbetaling for patienterne, samtidig med at de incitament, en privat praksis får, bibeholdes. Typisk er private klinikkers indtægt baseret på honorar-per-ydelse. I mange systemer fastsættes honoraret for kurative ydelser højere end for forebyggende ydelser, hvilket kan skabe incitament til at prioritere behandling frem for forebyggelse. Dette kan bidrage til, at læger fokuserer på at se så mange patienter som muligt, hvilket potentielt kan påvirke kvaliteten af behandlingen negativt. Nogle få lande har derfor indført særlige honoreringsmodeller for behandling af f.eks. ældre eller indførelsen af en ordning baseret på bonus for god kvalitet (Engelsk: pay for performance) i tillæg til den almindelige. Sidstnævnte har til formål, at private læger f.eks. tilbyder flere forebyggende ydelser (4, 7). Effekten af dette er dog omdiskuteret.

Succesen af offentlige-private partnerskaber i primærsektoren afhænger af, hvordan parterne fortolker aftalen (8). Det vil sige, hvorvidt de ser, at de får en værdi ud af partnerskabet, deres parathed til at tilpasse sig politiske mål, og hvordan de vil løse deres ansvarsområder på deres foretrukne måde, som ikke nødvendigvis er måden, den offentlige partner havde forventet (8).

## 3.2 Erfaringer fra andre lande

Vi har indsamlet internationale erfaringer om privat lægepraksis fra relevante nøglepersoner og på baggrund af tilgængelig litteratur. Det følgende beskriver almen praksis i de nordiske lande (9) og deres forsøg på (privatiserings)reformer, som danner baggrund for redegørelsens scenarier.

### *WHO's small countries initiative*

*WHO's small countries initiative* (6, 10) er et netværk af 11 europæiske lande med 2 millioner eller færre indbyggere: Andorra, Cypern, Estland, Island, Letland, Luxemburg, Malta, Monaco, Montenegro, San Marino og Slovenien. Initiativet startede i 2014 og giver landene mulighed for at finde løsninger på sundhedsrelaterede behov og udfordringer i fællesskab. Den indgåede *Memorandum of Understanding* mellem Kalaallit Nunaat og WHO giver Kalaallit Nunaat adgang til nogle af initiativets aktiviteter.

Adgangen til initiativet har Kalaallit Nunaat indtil videre primært benyttet sig af i forhold til at deltage i f.eks. kursus om strategisk lederskab i sundhedsvæsenet eller seminarer omhandlende emner, der er særligt gældende for små lande. Men de mere politiske drøftelser og møder af initiativet kan Kalaallit Nunaat ikke deltage i, da de ikke er et officielt medlem. En medarbejder fra Departementet for Sundhed nævner dog, at det ville være interessant og givende, hvis nogle af Kalaallit Nunaats udfordringer blev sat på dagsordenen for drøftelser i initiativet. Relevansen af en sammenligning med landene i initiativet kan være begrænset, fordi sundhedssystemer, geografi og infrastruktur er forskellige.

### *Island*

Island har omkring 400.000 indbyggere (11). Almen praksis i Island er en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen og organiseres primært gennem offentligt drevne sundhedscentre kaldet *heilsugæsla*. Sundhedscentrene er offentligt finansierede og ejet af staten, og de bemannes af praktiserende læger, sygeplejersker, jordemødre og andet sundhedspersonale (12). Patienter er automatisk tilknyttet et lokalt sundhedscenter, men har mulighed for at skifte. De fleste praktiserende læger er offentligt ansat, men omkring hovedstaden Reykjavík er en større andel af lægerne privatpraktiserende sammenlignet med resten af landet. Private læger opererer uden for det offentlige system og tilbyder sundhedsydelser mod egenbetaling eller via private sundhedsforsikringer.

En analyse af det islandske sundhedssystems præstation fra 2011 (13), som havde til formål at identificere muligheder for kortsigtede besparelser samt langsigtede sundhedsreformer, beskriver, at praktiserende

læger i Island ikke fungerer som gatekeepere. Borgere har direkte adgang til sekundær behandling (inklusive private specialister). Adgangen til sekundær behandling er lettere end til den almen praktiserende læge. Det tyder på, at det medfører et overforbrug af visse specialistbehandlinger (13). I 2017 var der en mindre reform af ordningen på baggrund af fornævnte analyse, som blandt andet førte til en ændring i honorering af lægerne og til, at flere læger etablerede sig privat (14).

### Danmark

Almen praksis udgør en central del af det danske sundhedsvæsen og fungerer som borgernes primære indgang til sundhedsydelser. Systemet er karakteriseret ved en høj grad af decentralisering og samarbejde mellem offentlige myndigheder og private aktører. Danmark er opdelt i fem regioner, som har det overordnede ansvar for planlægning og kapacitetsstyring i almen praksis. Regionerne udarbejder praksisplaner, der fastlægger behovet for lægedækning og udvikling af praksisstrukturen. De har også ansvar for at tildele ydernumre<sup>3</sup> (15), som er nødvendige for at kunne drive en praksis med offentligt tilskud.

De praktiserende læger i Danmark arbejder hovedsageligt som selvstændige erhvervsdrivende organiseret i solo- eller kompagniskabspraksis. I områder med lægemangel findes få offentligt drejede klinikker eller udbudsklinikker, som drives af private aktører efter udbud fra regionerne (16).

Almen praksis er offentligt finansieret, men drives som private virksomheder. Lægerne modtager betaling gennem en kombination af grundhonorar per tilmeldt patient og aktivitetsbaseret honorering for konkrete ydelser som konsultationer, blodprøver og lignende samt vaccinationer. Almen praksis er reguleret gennem en overenskomst mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Overenskomsten fastlægger rammerne for lægernes honorering, arbejdsopgaver, tilgængelighed og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. PLO fungerer som faglig og forhandlingsmæssig interesseorganisation for de praktiserende læger (17).

I sommeren 2025 offentliggjorde den danske regering et lovudkast som led i en mere omfattende sundhedsreform, som lægger op til omfattende ændringer i aftalesystemet omkring almen praksis, fordeling af praktiserende læger i landet og antal patienter tilknyttet den enkelte praksis. Formålet med reformen er blandt andet at øge antallet af praktiserende læger med 1.500 frem mod 2035 (18).

Som udgangspunkt har de praktiserende læger en kontinuerlig kontakt med deres patienter og spiller en vigtig rolle i både forebyggelse, behandling og visitation til det øvrige sundhedsvæsen. Der er stigende fokus på opgaveglidning og -flytning, hvor sygeplejersker og andet sundhedspersonale i højere grad inddrages i patientbehandlingen for at imødekomme kapacitetsudfordringer og sikre effektiv ressourceudnyttelse.

### Færøerne

Færøerne har omkring 55.000 indbyggere (19). Primærsektoren består af privatpraktiserende læger, kendt som kommunelæger, som er ansat af den offentlige sygesikring (20). Der har været praktiserende læger på Færøerne helt tilbage til sygekassetiden, dvs. før indførelsen af den nuværende offentlige sygesikring (21). Primær- og sekundærsektoren har et fælles journalsystem. Ligesom i Kalaallit Nunaat er det gratis for borgerne at kontakte den praktiserende læge.

---

<sup>3</sup> Et *ydernummer* er en offentlig tilladelse, der giver en praktiserende læge ret til at behandle patienter med tilskud fra det offentlige sundhedsvæsen og modtage honorar herfor via overenskomsten mellem Praktiserendes Lægers Organisation (PLO) og regionerne (15).

Ifølge den nationale sygesikring Heilsutrygd (22), som vi har været i kontakt med, er overenskomsten for kommunelægerne stort set den samme som den danske, dog med nogle tilpasninger. Lægegerningen er organiseret med ydelseshonorering og samme honorartabel som i Danmark, hvor lægerne afregner for de ydelser, de giver borgerne. Derudover modtager de et grundbeløb, som fastsættes for hvert enkelt lægedistrikt (23). Grundbeløbet er lavere end i Danmark, men færøske læger skal, i modsætning til danske læger, ikke betale for etablering af praksis, konsultation og inventar. De færøske læger har en egentlig ansættelse ved det færøske hjemmestyre og afviger på den måde fra det danske system, hvor de praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende med aftale med den offentlige sygesikring. Ligesom i Danmark skal de færøske kommunelæger betale deres eget personale.

Forholdet mellem de praktiserende læger og sygesikringen handler udelukkende om honorering for ydelser og ikke om kvalitetskontrol (21). Derfor har primærsektorens læger ingen fælles ledelse og arbejder i høj grad autonomt. Læge og forsker Pål Weihe peger på, at kvalitetskontrollen er en udfordring i primærsektoren. Minimumskraverne i lægeklinikkerne opfyldes, men der føres ikke kontrol med, om kommunelægerne ajourfører deres efteruddannelse. En anden udfordring, Weihe peger på, er, at opgaver fra sekundærsektoren i stigende grad overføres til primærsektoren.

I 2022 var der 18 fastansatte kommunelæger på Færøerne, selvom normeringen var 34. Manglen på kommunelæger er ikke kun et problem i udkantsområderne, men mærkes også i hovedstaden Tórshavn (21). Selvom der stort set ikke er nogen økonomisk risiko for læger ved at søge stillingen som kommunelæge, er stillingen alligevel ikke attraktiv for yngre læger. Dette kan blandt andet skyldes, at stillingen indebærer et betydeligt administrativt ansvar og ekstra arbejdstimer, hvilket kan være vanskeligt at forene med familieliv og etablering i starten af karrieren.

Udover de praktiserende læger findes der også privatpraktiserende fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer og tandlæger (20).

### Ålandsøerne

Ålandsøerne har omkring 31.000 indbyggere (24) og betjenes af to sundhedscentre med blandt andet specialister i almen medicin. I 2020 var der normeret 15 stillinger til almenlæger, hvoraf ni var besat af fuldtidsansatte og seks stillinger var vikarbesatte (25). Der er en vis brugerbetaling, som afgøres af patientens indkomst (26). Der er et sygehus i hovedstaden Mariehamn, som har ca. 11.000 indbyggere.

### Sverige

I 1970'erne indførte Sverige deres model for primær sundhedstjeneste, hvor offentligt ejede sundhedscentre (svensk: hälsovårdcentraler) udgjorde hjørnestenen af sundhedsvæsenet. Typisk har et svensk sundhedscenter fire praktiserende læger samt sygeplejersker med ansvar for triage, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere og specialsygeplejersker inden for områder som astma og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Omkring 2007 førte en bølge af reformer af primærsektoren til øget valgmulighed og privatisering i amterne (svensk: länene) (27, 28). Det vigtigste mål med reformerne var at styrke primærsektoren og borgernes mulighed for frit valg af læge og sygehus. Inspireret af disse lokale initiativer vedtog den svenske regering i 2010 en lov, der gav private aktører ret til at etablere offentligt finansierede sundhedscentre. Herefter blev det obligatorisk for alle regioner (amter) at åbne for private udbydere, hvilket førte til en markant stigning i antallet af private sundhedscentre, især i storbyområder. Andelen af private sundhedscentre med offentlig finansiering steg fra 26% i 2007 til 46% i 2022. I Stockholmsområdet er næsten 70% af sundhedscentrene private, mens andelen i de mindre steder i Nord- og Midtsverige er omkring 10% (29). Andelen af private sundhedscentre er lavere i Nord- og Midtsverige på grund af lavere befolkningstæthed, geografiske udfordringer og mindre økonomisk incitament for private aktører (30).

I dag er halvdelen af de private sundhedscentre i Sverige samlet under fem private kæder. Der er brugerbetaling med et årligt loft, som varierer mellem amterne og ligger ofte mellem 1.000 og 1.500 svenske kroner.

### *Finnmarken (Norge)*

Den norske Finnmark har omkring 75.000 indbyggere, som betjenes af 100 privatpraktiserende læger (norsk: fastleger). Omkring 80% af lægerne er selvstændige, mens 20% er kommunalt ansatte. Sidst nævnte tal er stigende. Lægerne samarbejder med de to sygehuse i Hammersfest og Kirkeness. Der eksisterer vedvarende rekrutteringsudfordringer. I Norge og dermed også i Finnmarken er der loftbelagt brugerbetaling ved brug af praktiserende læger.

Desuden har man i Nordnorge etableret en *Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus* (SANKS) i regi af *Finnmarkssykehuset*. SANKS er en specialiseret sundhedstjeneste, der tilbyder udredning og behandling til den samiske befolkning inden for mental sundhed og misbrug. Derudover fungerer SANKS som et nationalt kompetencecenter for den samiske befolkning (31). SANKS bidrager til, at den samiske befolkning i Norge samt i de samiske regioner i Sverige og Finland modtager et kulturelt relevant behandlingstilbud.

### *Arktiske regioner i Nord Amerika*

Sundhedssystemerne i andre arktiske regioner er baseret på de nationale systemer, men der er organisationer eller institutioner, som har særligt fokus på de oprindelige befolkningers behov og kultur. Rapporten *Brugernes oplevelse af Det Grønlandske Sundhedsvæsen* beskriver elementer af arktiske sundhedssystemer (32). Derudover blev der i 2012 udgivet en særlig udgave om arktiske sundhedssystemer i *International Journal of Circumpolar Health*, særudgaven hedder *A Comparative Review of Circumpolar Health Systems* (33). For Canada har det kun været muligt at finde litteratur for de nævnte tre territorier.

### **Alaska**

USA har ikke ét samlet nationalt sundhedssystem, men et miks af offentlige og private finansieringskilder, som understøtter både offentlige og private sundhedsudbydere (34). Det amerikanske system er i høj grad baseret på privat sygeforsikring, især via arbejdsgivere, og omkring 64 % af befolkningen er dækket af dette system. Betalere i det private system inkluderer forsikringsselskaber, arbejdsgivere og enkeltpersoner, mens udbydere typisk er kommercielle eller semi-kommercielle aktører såsom privatpraktiserende læger, hospitaler og klinikker – både non-profit og for-profit.

I Alaska leveres en stor del af den primær sektor uden for de tre største byer gennem føderalt udpegede *Community Health Clinics* (CHCs), som også findes i andre landdistrikter i USA. Nogle af disse klinikker i Alaska er ejet og drevet af oprindelige folks organisationer, mens andre er selvstændige non-profit enheder. Der findes også CHCs i byområder, som betjener lavindkomstgrupper og personer uden forsikring. Klinikkerne modtager føderale tilskud (34). Rekruttering af sundhedspersonale har været en udfordring i Alaska. I begyndelsen af 2000'erne var manglen på sygeplejersker så alvorlig, at private aktører i sundhedssektoren bidrog med næsten 5 millioner dollars til at udvide uddannelseskapaciteten, ud over de 11 millioner dollars fra studieafgifter og statslig støtte (34).

Alaskas befolkning kan være dækket af ingen, én eller flere sundhedssystemer afhængigt af beskæftigelse, etnicitet, militærtjeneste og socioøkonomisk status. Den føderale regering spiller en stor rolle, især gennem programmer for oprindelige folk, militærpersonale, ældre og lavindkomstgrupper. Privat forsikring, enten via arbejdsgiver eller individuelt, dækker andre grupper, og forsikrede personer betaler typisk en del af udgifterne via egenbetaling og forsikringspræmier. (34)

I Alaska er den føderalt finansierede Indian Health Service (IHS) den primære finansieringskilde for sundhedsydelser til Alaska Natives, herunder Iñupiat og Yupik (35). Siden 1998 er alle sundhedsydelser til Alaska Natives blevet leveret af Alaska Native-organisationer. En af disse organisationer er South Central Foundation, som har skabt *The Nuka System of Care* (36). Tidligere modtog befolkningen sundhedsydelser fra et system, som ifølge Gottlieb (36) var præget af lange ventetider, manglende kontinuitet i personale og behandling, en adskillelse mellem fysisk og mental sundhedsydelser og bekymrende sundhedsstatistikker. Nu, hvor sundhedsvæsenet ejes af den befolkning, det betjener, er servicen blevet mere relevant og udvikler sig i takt med befolkningens behov. Evaluering og forbedring af systemet sker gennem borgernes reaktioner og aktive feedback. Finansieringsmodellen for Nuka System of Care er omfattende. Brugere, som registreres som medejere, betaler for ydelserne via en blanding af føderal og statsfinansiering, privat forsikring og brugerbetaling (37).

### Canadas nordlige territorier

De tre territorier i det nordlige Canada, Yukon, Northwest Territories og Nunavut, har hver deres eget ministerium for sundhed og sociale tjenester, som er ansvarligt for at administrere sundhedsydelser, herunder hospitals- og primærsektorydelser, der er defineret som *insured services* under Canada Health Act, også kendt som Medicare (38). Territoriernes sundhedsministre er ansvarlige over for befolkningen via de territoriale parlamenter og over for den føderale regering for at opfylde lovens fem principper: offentlig administration, universel adgang, tilgængelighed, mobilitet og omfattende dækning. Disse ydelser skal være gratis ved modtagelse for alle territoriale borgere. Offentlige sundhedsydelser administreres i samarbejde med den føderale regering (38, 39).

Sundhedsydelser i Nordcanada er betydeligt dyrere per indbygger end i resten af landet, med Nunavut som det dyreste område. Mens de private sundhedsudgifter per indbygger i Yukon og Northwest Territories ligger tæt på det nationale gennemsnit, er de markant lavere i Nunavut, primært på grund af begrænset adgang til private sundhedsydelser (35, 38). Primære sundhedsydelser leveres gennem lokalt forankrede sundhedsklinikker. I de mindre og fjerntliggende samfund er det typisk sygeplejersker med udvidet kompetence, der står for den primære sundhedsindsats, mens familielæger spiller en central rolle i de større byer og regionale centre (38).

Alle territorier har community colleges, som tilbyder forskellige sundhedsfaglige uddannelser. Disse programmer er ofte koblet til universiteter i de canadiske provinser og giver adgang til universitetsgrader. Der findes ingen medicinske fakulteter i de nordlige territorier, men nogle provinsuniversiteter tilbyder nordligt baserede klinikophold for medicinstuderende og læger under videreuddannelse. For at styrke sygdomsforebyggelse og kulturelt relevant behandling er der indført team-baserede tilgange og sundhedsprogrammer målrettet oprindelige folk (38).

## 4. Primærsektoren i Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Der findes ikke en sundhedslov for Det Grønlandske Sundhedsvæsen, men Landstingsforordningen om sundhedsvæsenets ydelser fra 1997 (40) definerer sundhedsvæsenets opgave som at fremme befolkningens sundhed, forebygge sygdomme samt undersøge, behandle og pleje personer med sygdomme. Sundhedsvæsenet skal tilstræbe en ligelig adgang til ydelser uanset bopæl.

Sundhedsforliget fra 2023 har som mål at styrke sundhedsstationer, sundhedscentre og regionssygehuse for bedre almen medicinsk behandling og sikre, at bopæl ikke påvirker udrednings- og behandlingsmuligheder.

Sundhedsforliget fra 2023 samt eksistensen af private sundhedsfaglige klinikker i Nuuk ([afsnit 4.2](#)) peger på, at der ikke er principielle forhindringer for at etablere en privat sundhedsfaglig praksis, heller ikke for alment praktiserende læger. Der er dog et behov for at etablere rammer herfor, som eksempelvis samarbejdet mellem privat praksis og Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) og Dronning Ingrid's Hospital (DIH) ligesom finansieringsspørgsmålet også skal afklares. I redegørelsen ses der bort fra politisk/ideologiske skillelinjer.

### 4.1 Almenmedicinske tilbud i Kalaallit Nunaat

I hovedstaden Nuuk står DIS og Steno Diabetes Center Grønland (SDCG) for de almenmedicinske tilbud, se figur 1. I bosteder, hvor der er et sygehus, står sygehuset for det lokale almenmedicinske tilbud med regional koordinering af sundhedscentre og sundhedsstationer i de mindre bosteder. Adgangen til sundhedsydelserne ved DIS, SDCG og sygehusene er gratis for borgeren. Der har ikke været tradition for privatpraktiserende læger i landet.

Medicin udleveres fra sygehuset og styres overordnet af Landsapoteket på Dronning Ingrid's Hospital (DIH). Landsapoteket står for importen af lægemidler. Landets basissortiment fastlægges af Lægemiddelkomiteen og offentliggøres årligt. Medicin er gratis for brugeren. I 2022 og 2023 udgjorde medicinsortimentet 633 varenumre. På regionssygehuse og sundhedscentre er basissortimentet med få ekstra lægemidler til rådighed. Sortimentet på Landsapoteket i Nuuk er på 1.350 varenumre, idet et større antal særlige lægemidler er tilgængelige for specialerne på DIH, som behandling af HIV, cancer, tuberkulose, psykiatriske lidelser og øjensygdomme samt til brug for specialernes daglige drift i ambulatorier, operationsstuer etc. Omkring 350 borgere i landet får særlig medicin, som kun kan fås efter specialistgodkendelse (41).

For at kunne definere og vurdere mulige modeller for privat lægepraksis i Nuuk er det afgørende at have en klar forståelse af de eksisterende offentlige tilbud, herunder DIS og SDCG.

#### *Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS)*

På onlineportalen [doktor.gl](#) er der en oversigt over Dronning Ingrid's Sundhedscenters tilgængelige ydelser og åbningstider, se figur 1.

Figur 1. Ydelser og åbningstider i Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk og Steno Diabetes Center Grønland (Kilde: doktor.gl).

## Velkommen til doktor.gl

Dronning Ingrid's Sundhedscenter tilbyder dette for borgere i Nuuk / Steno Diabetes Center Grønland tilbyder dette for borgere i Grønland.

### Henvendelse

Indtast venligst dit postnummer.

### Se lægens besvarelse

CPR-nummer      Henvendelseskode

#### Akut/skadestue i Nuuk

Ambulancetelefon 344 112 benyttes ved ulykke og livstruende sygdom.  
Skadestue 34 44 00.

#### Lægetelefon i Nuuk

Gratis visitation til undersøgelser og tidsbestilling på 80 11 11.  
Åbningstider for tidsbestilling: 08:15 – 10:00.

#### Landsapoteket Nuuk

Telefon: +299 344 725.  
Landsapotekets åbningstider for borgere:  
Mandag: 10:00 -15:30  
Tirsdag: 10:00 -15:30  
Onsdag: 10:00 -15:30  
Torsdag: 10:00 -17:00  
Fredag: 10:00 -15:30

#### Vacciner og attester i Nuuk

**Vacciner:** Børnevacciner, rejsevacciner, præventionsindsprøjtninger, vitaminindsprøjtninger sker ved henvendelse i receptionen alle hverdage fra kl. 14:30 - 15:00.  
HUSK: Rejsevacciner, præventionsvacciner og vitaminvacciner skal man have på recept og medbringe på dagen.

**Attester:** Kørekort, søfartsattester mv. udarbejdes ved personligt fremmøde i Dronning Ingrid's Sundhedscenter hverdage fra mandag til og med fredag. Medbring attesten.

#### Blodprøver, EKG, urinprøver og lign. i Nuuk

**Blodprøver, EKG, urinprøver og lign.** Receptionen ved Kirurgisk Ambulatorium – telefon +299 34 40 15 mellem 07:30 – 15:30.  
Receptionen kan kontaktes, hvis du har generelle spørgsmål om din tid i Kirurgisk Ambulatorium.  
Røntgen tages dagligt fra 09:00 - 14:00  
Venteværelset er fælles for patienter der skal til:

- Kirurgisk Ambulatorium
- Røntgen
- Blodprøvetagning og EKG

**Blodprøvetagning eller EKG**  
Træk nummer ved skranken fra kl. 08:00.  
Blodprøver tages dagligt 09:00 - 15:00. Eventuelle spørgsmål omkring blodprøvetagning og EKG skal rettes til henvisende læge.

#### Dronning Ingrid's Sundhedscenter

- Receptionen har åbent alle hverdage kl. 8:00 - 15:30
- Tid til børneundersøgelse, vaccination og graviditetstest.
- Afbestilling af tid. Kan også gøres på doktor.gl.
- Undersøgelse for kønssygdomme, klamydia og gonorré.
- Vejledning i sundhedscenterets tilbud.
- Smear - henv. mandag til torsdag fra 08:00 - 08:15. Undersøgelsen bliver udført umiddelbart efter.

Normeringen ved DIS bestod primo 2025 af:

- 9 specialister i almen medicin og yderligere et årsværk dækket af korttidsansatte. Der er p.t. aftale med yderligere 4 speciallæger til fastansættelse i løbet af 2025;
- 15 yngre læger i uddannelsesstillinger;
- 10 fastansatte og 7 korttidsansatte sygeplejersker;
- 6 medicinstuderende, der hjælper til i telefonvisitationen;
- 6 sundhedsassistenter;
- 5 ansatte i sekretariatet, reception og tolkning.

Personalet dækker også skadestuen.

Konsultationsmodellen på DIS er, at reservelæger<sup>4</sup> og sygeplejersker har den første kontakt med patienterne. Speciallægerne vejleder og rådgiver samt undersøger patienter ved behov (42).

Nedenstående statistik er taget fra Sundhedskommissionens betænkning (41). Tallene skal læses med forbehold for, hvilke aktiviteter der er medtaget i opgørelsen, f.eks. om telefonkonsultationer indgår. I 2018 var der ca. 86.000 kontakter til Dronning Ingrid's Sundhedscenter. Regnes indbyggertallet i Nuuk i 2018 til 18.000, havde hver indbygger således ca. 4,8 kontakter. Dette er lavere end det gennemsnitlige antal kontakter til almen lægepraksis i Danmark, hvor den gennemsnitlige antal kontakter i 2018 lå på 6,4 (43).

Sundhedskommissionen noterede i 2023, at tilgængeligheden for patienter til DIS ikke var tilfredsstillende (41). I efteråret 2021 skiftede DIS telefonsystem for bedre at kunne imødekomme henvendelser fra borgere. Tidligere benyttede DIS et system, hvor patienterne var i telefonkø, indtil lægen havde tid til at svare, hvilket kunne tage op til flere timer. Ved udfasningen af denne model modtog DIS ca. 200 daglige opkald. Regionsledelsen var bekendt med, at en række patienter opgav at sidde i kø grundet den lange ventetid. Systemet mødte kritik, og regionsledelsen valgte derfor at skifte til et andet telefonsystem.

I det nye system svarer ufaglærte (f.eks. medicinstuderende) telefonen og sætter patienten på en liste til opringning senere på dagen. Lægerne ringer herefter tilbage til så mange patienter som muligt (41). Efter få måneder med det nye system var antallet af daglige opkald imidlertid steget til omkring 300. Det har i perioder betydet, at DIS ikke har haft mulighed for at vende tilbage til op mod 100 patienter. Den afgørende udfordring var, at den daværende begrænsede lægebemanding forhindrede, at alle borgere på listen kan blive ringet op. Ultimo 2022 blev der tilført mere personale til at håndtere telefonerne i DIS. Det er regionsledelsens vurdering, at der på trods af de ekstra midler fortsat langt fra vil kunne tilbydes en tilfredsstillende service til borgerne i Nuuk.

Forud for sundhedsforliget i 2023 vedtog Naalakkersuisut en akutpakke med fokus på at forbedre lægebetjeningen ved Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) i Nuuk, som i en årrække har haft utilstrækkelig kapacitet (1). Ifølge sundhedsforliget har akutpakken haft en positiv effekt. Der er dog fortsat behov for vedvarende løsninger, så bemandingen i DIS tilpasses befolkningsgrundlaget i Nuuk. Det skal undersøges, om indsatser for at øge tilgængeligheden af lægebetjeningen kan være uafhængige af de nuværende fysiske rammer, eller om disse bør udvides til flere lokationer. Det er målsætningen, at der inden for 1-3 år sker en forbedring af lægebemandingen på DIS. Af koalitionsaftalen fra 2025 fremgår det, at sundhedsforliget fra 2023 skal udvides (44).

Siden 2023 har det været muligt for borgere i hele landet at bruge appen *Puisa* til at have samtale med sundhedspersonale hjemmefra samt anvende portalen *doktor.gl* til at indsende informationer til SDCG om deres blodtryk, vægt, fysisk aktivitet og rygestatus.

### *Steno Diabetes Center i Grønland (SDCG)*

Steno Diabetes Center i Grønland varetager landsdækkende behandling af diabetes, forhøjet blodtryk og KOL. Endvidere superviseres inden for en vis ramme også patienter med svær overvægt, astma, lavt stofskifte, urinsyreigt og osteoporose. Der er tale om en kombination af et almen medicinsk tilbud og et speciallægetilbud med særlig fokus på diabetes. I april 2025 havde SDCG registreret 9.276 patienter, som er mere en tredobling i aktivitet siden 2021, hvor der var 3.000 patienter.

SDCGs kliniske opgave er finansieret af Det Grønlandske Sundhedsvæsen, og ved siden af modtager SDCG en bevilling fra Novo Nordisk Fonden til nye behandlinger, forskning, sundhedsfremme, telemedicin, rehabilitering og uddannelse af grønlandsk sundhedspersonale.

---

<sup>4</sup> En reservelæge er en læge, der er under videreuddannelse efter endt medicinstudium, men endnu ikke er speciallæge.

Den kliniske bemanning i centret omfatter:

- 2 fuldtids speciallægestillinger fordelt på 3 læger (2 i almen medicin og 1 i endokrinologi);
- Yngre læger fra DIS 3-4 gange om ugen;
- 5 sygeplejersker, heraf 1 uden for Nuuk;
- 1 fodterapeut;
- 1 sekretær med tolke-funktion.

Behandling varetages i tæt samarbejde med assistenter og sygeplejersker på kysten. Som udgangspunkt følger SDCG *continuity-of-care* modellen (dvs. fast læge).

Derudover er der telemedicinske og forskningsmæssige funktioner, hvor læger, to sygeplejersker, en fysioterapeut og en tolk indgår.

## 4.2 Eksisterende privat sundhedsfaglig praksis i Nuuk

Nøglepersoner fra den private tandlægeklinik og fysioterapeutpraksis i Nuuk blev interviewet for at beskrive deres praksismodeller og samarbejde med det offentlige sundhedsvæsen. Af beskrivelserne fremgår, at de private klinikker oplever, at der er en gensidig gevinst mellem privat klinik og det offentlige sundhedsvæsen, men at der mangler et sikret kommunikationssystem, som gør det muligt at tilgå prøvesvar og at kunne videregive informationer til næste behandler. Disse perspektiver er uddybet i perspektiveringen ([kapitel 6](#)).

### *Privat tandlægeklinik*

Følgende beskrivelse af den private tandlægeklinik i Nuuk bygger på tandlæge Niels Nygaards egne erfaringer og perspektiver som kliniker.

På baggrund af politisk interesse blev den første privattandlægeklinik etableret i 1998 af Mette Marcussen i Nuuk. Ifølge Nygaard blev der indgået en række aftaler, som understøttede etableringen af den private tandlægeklinik, og som ifølge hans vurdering bidrog til en oplevet – men ikke dokumenteret – aflastning af det offentlige system. Aftalerne med det offentlige sundhedsvæsen omhandlede gratis adgang til at få foretaget røntgenbilleder og muligheden for at købe remedier igennem sundhedsvæsenets depot. Niels Nygaard fik adgang til de samme aftaler, da han i 2003 etablerede sin egen private tandlægeklinik. Senere understøttede Nygaards klinik også behandlinger af kæbefrakturer på DIH og blev i forbindelse med dette sendt på videreuddannelse i kæbefrakturer af DIH. Der har også været en mundtlig (ikke nedskrevet) aftale om at kunne ordinere blandt andet antibiotika, som udleveres af Landsapoteket uden egenbetaling, samt en tilladelse til at importere enkelte lægemidler, f.eks. til brug ved lokalbedøvelse. I 2020 begyndte det offentlige sundhedsvæsen at opsigte eller ændre på disse aftaler. Ifølge Nygaard er tandlægeklinikken veletableret og kan fungere uden disse aftaler, men det påvirker patienternes behandling og oplevelse af systemet. Patienter får en længere ventetid til f.eks., kunne blive henvist til en kæbekirurg, eller de skal i kontakt med flere instanser for at kunne modtage den rette behandling.

Tandlægeklinikken har sit eget journalsystem og har ikke adgang til DIS' elektroniske patientjournal Cosmic. Nygaard beskriver, at det er en udfordring, at der ikke er et sikkert kommunikationssystem mellem det private og det offentlige, som muliggør kommunikation om patientens behandling, f.eks., modtagelse af prøvesvar.

Ifølge Nygaard vælger mange borgere den private tandlægeklinik fremfor det offentlige på grund af:

- Udfordringer med at få tid i Landstandplejen;
- Mulighed for at få fast kontrol udført af en tandlæge;
- Et ønske om at få samme behandler hver gang;
- Et ønske om at få behandlinger, der ikke tilbydes i offentlig regi, eksempelvis:

- Behandling for parodontitis, som ikke kun dækker det mest nødvendige,
- Kroner, broer, implantater og kosmetiske behandlinger.

Det er Nygaards opfattelse, at der altid har været et tæt samarbejde mellem den private tandlægeklinik og det offentlige sundhedsvæsen, hvor begge parter har draget nytte af hinanden.

I dag har Nygaards private tandlægeklinik tre fuldtidsansatte tandlæger og en deltidsansat tandlæge samt én tandplejer og seks klinikassistenter. Klinikken er baseret på 100% brugerbetaling, og der er kun få borgere i Nuuk, der har en forsikring, som dækker tandpleje. Der er registreret 6.800 patienter, og 4.500 har været på klinikken indenfor de sidste 5 år.

### *Private fysioterapeuter*

Følgende beskrivelse af den private fysioterapi klinik i Nuuk bygger på Natasja Fürstelin Hagemanns beskrivelser.

Nuuk Osteopati og Fysioterapi er en privat klinik, der blev etableret af Alex Glistrup i 2019. På det tidspunkt eksisterede der ikke nogen private fysioterapeuter i Nuuk. I dag har klinikken fem fysioterapeuter ansat, hvoraf en også er osteopat. Klinikken er baseret på brugerbetaling, og kunder betaler udgiften enten selv eller med tilskud fra forsikring, eller i nogle tilfælde betaler kundens arbejdsgiver. Det påhviler patienten selv at sikre tolkebistand, hvis der er behov herfor. Udover at behandle borgere i Nuuk og de borgere, der kommer til Nuuk i perioder, så rejser fysioterapeuterne fra klinikken også til Sisimiut, Maniitsoq og Ilulissat for at tilbyde behandling.

Ifølge klinikken vælger mange borgere den private fysioterapeutklinik fremfor det offentlige på grund af:

- Ventetiden i det offentlige – mange kunder vælger at gå direkte til den privat klinik uden at opsøge lægen i DIS først;
- Et ønske om at få behandlinger, der ikke tilbydes i offentlig regi;
- Andre åbningstider og mere fleksibilitet – åbningstider udover de ordinære.

Den private fysioterapeut klinik har ingen aftaler med det offentlige sundhedsvæsen, men har gennem tiden samarbejdet med skadestuen, når de har været udfordret personalemæssigt. Klinikken har udtrykt ønske om at kunne kommunikere med det offentlige sundhedsvæsen via en sikret platform, f.eks. til deling af epikriser. Den private klinik har sit eget journalsystem.

## 4.3 Opsummering af vejledningen for samarbejde mellem privat lægepraksis og sundhedsvæsenet

I marts 2025 blev vejledningen om muligt samarbejde mellem privat lægepraksis og sundhedsvæsenet udgivet af Det Grønlandske Sundhedsvæsen (se bilag 2). Vejledningen tager udgangspunkt i privat lægepraksis, men er overførbart til andre private, sundhedsfaglige klinikker. Der beskrives fire samarbejdsflader: (1) udskrivelse af lægemidler, (2) brug af laboratoriefunktioner og røntgen/scanningsapparatur i sundhedsvæsenet, (3) henvisning til kirurgisk eller medicinsk behandling samt fysio- og ergoterapi, og (4) journalisering og brug af sundhedsvæsenets elektroniske patientjournal (EPJ, Cosmic).

### *Udskrivelse af lægemidler*

Der oplyses om de gældende regler, samt at private læger kan søge om og få tilladelse til at oprette en lægemiddelbeholdning og importere lægemidler. Derefter kan private læger sælge eller udlevere lægemidler til deres patienter. Dette betyder, at patienter, som får udskrevet en ordination fra en privat læge, ikke længere kan få udleveret det ordinerede lægemiddel gratis ved sundhedsvæsenets apotek.

### *Brug af laboratoriefunktioner og røntgen/scanningsapparatur i sundhedsvæsenet*

Der peges på, at på nuværende tidspunkt er det ikke længere muligt for privat lægepraksis at anvende laboratorie- og røntgen/scannings faciliteter i DIH, da det kræver at Landsstyret fastsætter vilkår (f.eks. betaling) for ydelser til eksterne parter. Det betyder, at patienter skal henvende sig til det offentlige sundhedscenter for at få adgang til f.eks. blodprøvetagning. Her anbefales det, at patienten medgives en skriftlig henvisning fra den private læge.

### *Henvisning til kirurgisk eller medicinsk behandling samt fysio- og ergoterapi*

Som udgangspunkt skal alle henvisninger vurderes af de samme læger, som vurderer henvisninger fra regionerne til specialafdelingerne på DIH. Der åbnes dog op for, at der kan laves lokale aftaler om at kunne henvise alvorlige og akutte sygdomme mere direkte for at sikre unødigt forsinkelse i behandlingen.

### *Journalisering og brug af sundhedsvæsenets elektroniske patientjournal (EPJ, Cosmic)*

På nuværende tidspunkt kræver det, at en private lægepraksis har sit eget journalsystem, som følger lovgivningens krav, men det er muligt at indgå databehandleraftaler med sundhedsvæsenet for at få brugeradgang til Cosmic i et formålsbestemt omfang. Hvis private læger skal kunne bruge Cosmic som journalsystem, vil det kræve, at Naalakkersuisut fastsætter nærmere regler om vilkårene for brug af systemet, herunder betaling.

## 5. Tre scenarier for privat lægepraksis

For herværende redegørelse defineres tre scenarier. På tværs af disse scenarierne anvendes indledningsvis en grundmodel. Grundmodellen og de tre scenarier er defineret og udviklet af sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen. Grundmodellen og de tre scenarier er baseret på de foregående kapitler (Kapitel 3 og 4).

Grundmodellen fastlægger nogle grundlæggende forhold og antagelser om den private almene lægepraksis. Der er opstillet 16 vurderingskriterier, som anvendes i alle tre scenarier. Nogle af disse kriterier er usikre at vurdere empirisk på nuværende tidspunkt. Derfor tages der i denne redegørelse udgangspunkt i en antagelse om en mulig flerårig forsøgsordning. Hvis det politisk bliver besluttet at afprøve en model for privat lægepraksis, så forventes det at blive gjort som en forsøgsordning med indbygget evaluering for at indsamle erfaringer. Endvidere vil det være hensigtsmæssigt med en særlig bevilling til forsøget, fordi der i udgangspunkt ikke kan gives en præcis angivelse af mulig aflastning af DIS.

Grundmodellen forudsætter, at den private almenlægepraksis er en heltidspraksis og består af to fuldtids specialister i almen medicin. Der er tale om to faste læger for at sikre faglig sparring, kvalitetsudvikling og dækning ved fravær af én af lægerne. Det kan blive en udfordring at rekruttere to læger, hvorfor der evt. skal startes et forsøg med én læge. Der kan eventuelt

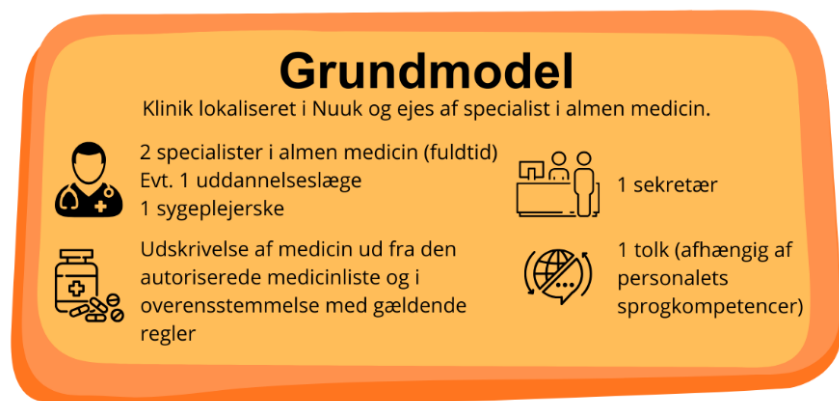
være plads til en uddannelseslæge. Endvidere består personalegruppen af en sygeplejerske, en sekretær og en tolk. Sidstnævnte kan afhænge af personalets sprogkompetencer. Det vil være de praktiserende læger selv, der sørger for vikardækning ved ferie og andet fravær.

Grundmodellen kan udvides fra en klinik til to eller tre klinikker i Nuuk. To klinikker i form af grundmodellen dvs. fire læger i alt vil kunne betjene 6.000 til 7.000 borgere. Men hvis der regnes med flere end tre klinikker, så vil det blive nødvendigt at gentænke DIS og SDCG, fordi de ville kunne dække en ret stor del af befolkningen i Nuuk.

I grundmodellen og de tre scenarier udelukkes telemedicinsk betjening (f.eks. videokonsultationer) af bosteder uden for Nuuk, da telemedicinsk behandling i regi af den private praksis kræver aftaler med lokale sygehuse, sundhedscentre og sundhedsstationer.

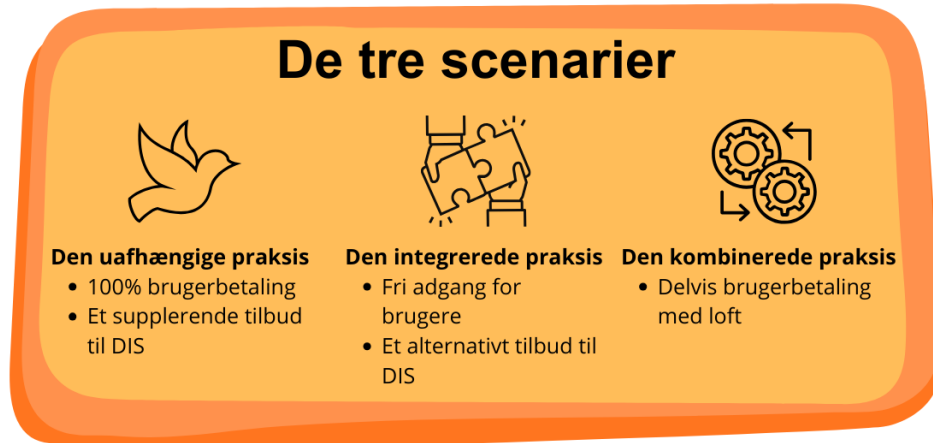
Grundmodellen går endvidere ud fra, at det er muligt at udskrive medicin ud fra den af Lægemiddelkomiteen senest godkendte rekommandationsbog benævnt "Lægemidler i Grønland". Ordinationerne skal være i overensstemmelse med de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer i sundhedsvæsenets interne platform D4. Der må endvidere ikke ordineres lægemidler, der i henhold til retningslinjerne er forbeholdt særlige specialiserede enheder i sundhedsvæsenet.

Formål med en forsøgsordning med en enkelt privat lægepraksis er at afprøve, om en privat model kan give bedre service og brugertilfredshed. Dette afhænger af, hvilken af de tre definerede scenarier der anvendes. De tre scenarier har i større eller mindre grad potentiale for at kunne aflaste DIS. Den uafhængige praksis er



et tilbud til patienterne som et supplement til DIS. Den integrerede praksis er et alternativt tilbud til DIS, og den kombinerede praksis er en kombination.

I alle tre scenarier arbejdes der alene med alment praktiserende læger som præsenteret i grundmodellen ovenfor. Scenarierne tager ikke stilling til privatpraktiserende speciallæger, omend tankerne bag almen praksis kan tilpasses praktiserende speciallæger, hvilket vil kræve et større befolkningsgrundlag end i Nuuk. Scenarierne spænder over ret forskellige modeller, der præsenteres uden stillingtagen til, hvilken der er bedst.



## Vurderingskriterier

Der opstilles en række kriterier, hvor ud fra de tre scenarier bliver vurderet. Kjeld Møller Pedersen har defineret disse kriterier ud fra baggrundsnotatet, litteratur/erfaring på området og antagelser om, hvad aktører vil finde relevant. Kriterierne er præsenteret i tabel 2. Kriterierne er ikke rangordnet og vil være af varierende relevans for de forskellige modeller. Kriterierne 4 til 7 vedrører samarbejdet med Dronning Ingrid's Hospital (DIH) og betragtes som nødvendige forudsætninger for, at en privat almenpraksis kan bidrage til en potentiel aflastning af DIS og kan tilbyde relevant behandling.

Tabel 2. Oversigt over vurderingskriterier samt beskrivelse af disse.

| Vurderingskriterier                                           | Beskrivelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Målgruppe                                                  | Den forventede målgruppe er beskrevet i hvert scenarie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2. Samarbejdet med DIH                                        | Samarbejdet mellem privat lægepraksis og det offentlige system, som beskrevet i punkt 4 til 7, er vigtigt for at sikre, at den private lægepraksis ikke kører parallelt til det eksisterende system. Udover de formelle aftaler er det afgørende, at det bliver et ligeværdigt partnerskab for at sikre de mulige synergi- og substitutionseffekter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3. Mulig aflastning af DIS                                    | Ved dette kriterie vurderes, om scenarierne har forudsætninger for at aflaste DIS eller ej.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4. Aftale med DIH (laboratorie, røntgen/scanning, lægemidler) | En aftale med DIH om brug af laboratoriefunktioner, røntgen/scanningsapparat og lægemidler kræver afklaring af logistiske procedurer m.m., som muligvis kan kopieres fra arbejdsgangen mellem DIS og DIH. En privat praksis kan ikke forvente et andet serviceniveau, end hvad der er gældende for DIS, hverken bedre eller ringere. Udskrivelse af lægemidler holdes indenfor den af Lægemedelkomiteen senest godkendte rekommandationsbog benævnt "Lægemedler i Grønland". Ordinationerne skal endvidere være i overensstemmelse med de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer i sundhedsvæsenets kvalitetssystem benævnt i D4. Der må endvidere ikke ordineres lægemidler, der i henhold til retningslinjerne er forbeholdt særlige specialiserede enheder i sundhedsvæsenet. |

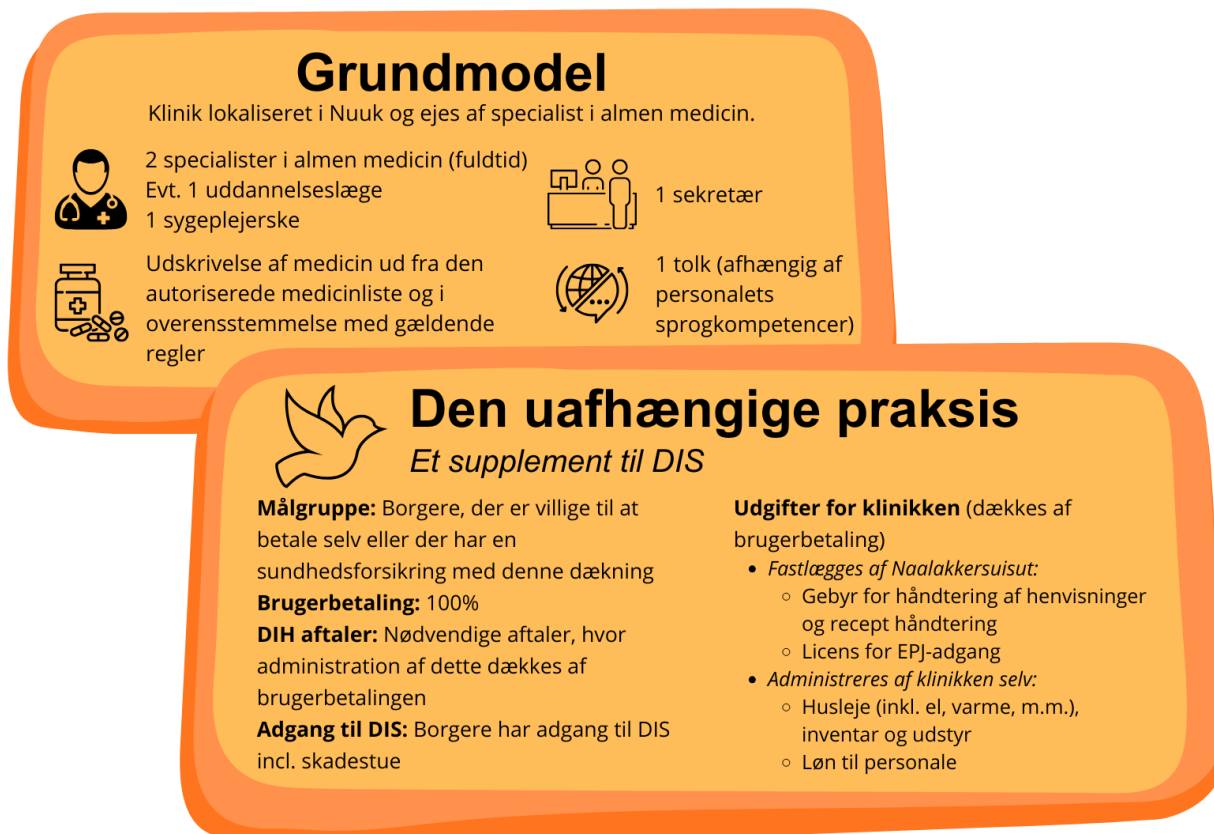
## Mulighederne for privat sundhedsfaglig praksis

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. Henvisninger til behandling på DIH                       | Henvisninger til ambulante og stationære behandlinger på DIH kan igen kopieres fra arbejdsgangene i DIS, og at der er en afstemning med henvisningskriterierne for DIS er afgørende for at sikre lighed i adgangen til behandling.                                                                                                                                                                          |
| 6. Samarbejde med kommunen/hjemmesygeplejen                 | Arbejdsgange skal afklares og kan muligvis kopieres fra DIS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7. EPJ – læse- og skriveadgang                              | Læse- og skriveadgang til den elektroniske patientjournal Cosmic anses for at være en vigtig forudsætning. Dels ift. dokumentation og dels for at have adgang til rekvisitionsprocedurer (f.eks. ordination af medicin). Endvidere sikrer det, at begge parter har indblik i patientens forløb.                                                                                                             |
| 8. Økonomiske konsekvenser for det offentlige for 4-7       | I dette kriterie vil der på baggrund af økonomiske beregninger blive anslået forventede meromkostninger for punkterne 4 til 7. Det er dog svært at anslå de præcise meromkostninger.                                                                                                                                                                                                                        |
| 9. Brugerbetaling                                           | Alle sundhedsydelser i det offentlige sundhedsvæsen i Kalaallit Nunaat er gratis for patienter. I de nordiske lande, bortset fra Danmark og Færøerne, er der brugerbetaling ved brug af almen praksis.                                                                                                                                                                                                      |
| 10. Indtægtsniveau privat vs. offentligt ansatte læger      | For at kunne tiltrække specialister i almen medicin til en privat praksis og sikre samlet øget rekruttering af almenlæger kan et økonomisk incitament være afgørende. Til sammenligning er indkomsten for en almen praktiserende læge i Danmark højere end for en gennemsnitlig overlæge i det offentlige system.                                                                                           |
| 11. Dual practice (kombineret ansættelse privat/offentligt) | <i>Dual practice</i> refererer til, at en læge kan have to ansættelsesforhold. I de fleste tilfælde vil det betyde én deltidsansættelse i det offentlige sundhedsvæsen og én deltidsansættelse i den private sektor. For at undgå interessekonflikter er det afgørende, at der formuleres et regelsæt for dette.                                                                                            |
| 12. Lægemangel                                              | Det er vigtigt at vurdere om en privat lægepraksis løser en del af den lægemangel, som det offentlige oplever. Det afhænger af scenariet samt en række eksterne faktorer, hvorvidt en privat praksis kan bidrage til fastholdelse, eller om det blot flytter rundt på de eksisterende læger.                                                                                                                |
| 13. Fastlægeordning (continuity-of-care)                    | En fastlægeordning er en konsultationsmodel, som skal sikre høj grad af mulighed for at borgeren møder den samme læge fra gang til gang.<br>I den internationale litteratur omtales det som <i>continuity of care</i> . Flere studier viser, at denne konsultationsmodel har markante fordele i form af færre sygehusindlæggelser, færre kontakter uden for normal arbejdstid og lavere dødelighed (45-48). |
| 14. Innovationspotentiale                                   | En privat lægepraksis kan muligvis se på det almen medicinske tilbud med nye øjne, blandt andet fordi man ikke er bundet af eksisterende rutiner og vaner.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 15. Lighed i adgangen til almen lægelig behandling          | Indførelse af brugerbetaling bidrager til en øget ulighed i adgangen til almen medicinske ydelser, fordi de økonomiske muligheder på tværs af befolkningsgrupper varierer.                                                                                                                                                                                                                                  |
| 16. Sundhedspolitiske mål og politikker                     | I det omfang, der findes nedfældede mål og principper for Det Grønlandske Sundhedsvæsen, skal det vurderes, om etablering af en privat praksis harmonerer hermed. Der tages primært udgangspunkt i <i>Landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser m.v. §1 Stk.2</i> om, at der tilstræbes en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser.                                                              |

I afsnit 5.1 til 5.3 beskrives de tre scenarier ud fra de opsatte vurderingskriterier. I afsnit 5.4 giver sammenfattende tabel oversigt over alle tre scenarier.

## 5.1 Scenarie 1: Den uafhængige praksis

Den uafhængige praksis er en heltidspraksis og et supplerende tilbud til DIS. Dette scenarie er tænkt som et tilbud til borgere, der ønsker et andet tilbud end, hvad de modtager på DIS. Dette inkluderer mulighed for andre åbningstider, og at borgerne er villige til at betale for det. Da dette scenarie er et supplement, har det kun potentiale for delvis aflastning af DIS.



### Målgruppe

Målgruppen vil være personer med en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring eller personer med en privatøkonomi, der kan dække brugerbetalingen, eller har en privat sundhedsforsikring. Der eksisterer ikke præcise oplysninger om, hvor mange der har en forsikring, og hvad dækningsomfanget er. Kalaallit Forsikring har dog offentliggjort oplysninger på deres hjemmeside, som tyder på, at brugerbetaling dækkes helt eller delvist (49).

Erfaringer fra Danmark peger på, at brugerbetaling øger interessen for, at borgere tegner sundhedsforsikringer (50). Naalakkersuisoq for Sundhed har i et notat fra oktober 2023 (51) nævnt, at ca. 10.000 borgere har en sundhedsforsikring. Dette tal svarer til, hvad der er anført i en artikel i Sermitsiaq fra 2019 (52). Det har ikke været muligt at verificere tallet. På den anden side kan man tage udgangspunkt i, at der er ansat ca. 5.000 i de selvstyrets virksomheder, hvor sundhedsforsikringer forekommer i et vist omfang. Lægger man hertil medforsikrede familiemedlemmer, kommer man sandsynligvis op på ca. 5.000 med sundhedsforsikring, hvortil kommer ansatte i øvrige private virksomheder, f.eks. Polar Seafood Greenland A/S med over 1.000 ansatte. Derfor kan et forsigtigt skøn lyde på mindst 5.000 sundhedsforsikringer. Dermed er det en gruppe, som formentlig ville efterspørge private ydelser i Kalaallit Nunaat, hvis det var muligt. Det vides ikke, om der allerede i dag er læger, der som mindre bibeskæftigelse leverer ydelser til

denne gruppe, men det antages ikke at være tilfælde. Det vides heller ikke, om forsikringerne bruges på privathospitaler i Danmark.

Personer, der er tilmeldt folkeregisteret i Kalaallit Nunaat, har ret til ydelser efter den gældende Landstingsforordning. Denne ret gælder også andre danske statsborgere uanset bopæl. Statsborgere i andre lande, der ikke er tilmeldt folkeregisteret, er ikke dækket. Denne gruppe vil derfor kunne finde adgang i den uafhængige model. Vi kender dog ikke til størrelsen af denne målgruppe (3).

### *Aftaler og samarbejdet med DIH*

I det omfang det er nødvendigt for den uafhængige praksis, skal der laves aftaler med DIH om brug af laboratorie, røntgen/scanningsapparat og lægemidler. Den uafhængige praksis forventes at skulle betale for dette baseret på en fleksibel u-bureaukratisk model. Medicinordinationer skal holdes inden for den autoriserede medicinliste og i overensstemmelse med gældende regler. Henvisninger til behandling på DIH og samarbejde med kommunen/hjemmesygeplejen skal følge samme arbejdsgange og retningslinjer som på DIS.

Den uafhængige praksis skal have læse- og skriveadgang til Cosmic for at sikre dokumentation, som udstedelse af recepter og henvisninger. Det ses som af afgørende værdi, at både det offentlige og det private kan følge patientens forløb. De almindelige regler for journalføring skal følges. Det antages ikke, at der anskaffes et særligt EPJ for den private praksis, som det er tilfældet i Danmark.

### *Omkostninger*

Brugerbetalingen vil være det normale indtægtsgrundlag for den praktiserende læge og skal dække samtlige omkostninger til husleje, personale og evt. afregning med sundhedsvæsenet. Den praktiserende læge afgør selv sin åbningstid. Den privatpraktiserende læges indtægtsniveau afhænger af niveauet for brugerbetalning, personalet, husleje, antal patienter og åbningstid. Beregning af indkomstniveau vil derfor være usikkert, da det er relativt mange antagelser, der skal tages for beregningen.

Anskuet ud fra Landskassens perspektiv, vil der samlet set ikke være markant udvidede meromkostninger, da den uafhængige klinik vil være baseret på 100% brugerbetalning. Meromkostningerne for adgang til Cosmic, betaling til DIH for brug af laboratorie og røntgen samt udlevering af gratis lægemidler forventes at være i beskedent omfang. I bilag 4 er der givet en detaljeret beskrivelse af de økonomiske beregninger.

Brugerbetalingen fastsættes af den praktiserende læge og skal dække lægens driftsomkostninger og eventuelle omkostninger ved laboratorieprøver og billeddiagnostik. Hvis sidstnævnte ikke er omfattet af brugerbetalingen, det vil sige vederlagsfrit til rådighed, ville det være økonomisk forvridende. På den anden side er det vigtigt at overveje, om merarbejdet på DIH for prisfastsættelse og opkrævning for disse ydelser står mål med indtægterne, hvis der kun er tale om enkelt privat lægepraksis.

Medicin antages fortsat at være gratis for borgeren, fordi omkostningerne ved etableringen af et betalingssystem i den uafhængige praksis ikke står mål med indtægterne fra brugerbetalning for medicin. Hertil kommer, at der skal udvikles en model for omfanget af brugerbetalning for receptmedicin.

Der bør ikke udarbejdes detaljerede og arbejdskrævende omkostningsberegninger, men snarere grove estimater, ligesom de tilgængelige og relevante danske beregninger i DRG-systemet<sup>5</sup> (53), som indeholder satser for hospitalsbehandling i Danmark. Der vil også kunne findes støtte i Praktiserende Lægers

---

<sup>5</sup> DRG er et system i Danmark, der grupperer patienter efter diagnoserelaterede grupper (DRG). DRG-systemet bliver brugt i forbindelse med finansiering i sundhedsvæsenet.

Organisations (PLOs) taksttabel (54). Det vurderes, at det volumenmæssige omfang ikke berettiger en stor arbejdsindsats.

### *Lægemangel og dual practice*

Personalet i de skitserede scenarier antages for at fungere på heltid. Endvidere antages, at en deltidsansættelse ved den uafhængige praksis (dvs. dual practice) vil trække personale væk fra DIS. Det er svært at afgøre, om den eksisterende lægemangel ved DIS og accept af dual practice vil ændre sig ved etablering af den uafhængige praksis. Dette vil afhænge af, om de nuværende læger i DIS er interesseret i at fungere som privatpraktiserende erhvervsdrivende, og om der kan rekrutteres nye specialister i almen medicin til de ledige stillinger.

### *Innovationspotentiale og konsultationsmodel*

Det kan forventes, at der i en heltidspraksis, som ikke er en del af det offentlige system og med økonomiske udfordringer i etableringsfasen, skabes nogle forudsætninger for innovativ tænkning.

Konsultationsmodellen i den uafhængige praksis afhænger stærkt af, om den privatpraktiserende læge er hovedkilden til behandling for de pågældende borgere. Hvis dette bliver tilfældet, er der tale om en fastlægeordning, dvs. continuity of care. En sådan konsultationsmodel har vist sig at have positive mellemlange og langsigtede effekter (45-48). I modsat fald bliver behandlingstilbuddet fragmenteret og ikke sammenhængende for borgeren, især hvis borgere bruger det private tilbud parallelt med det offentlige tilbud i DIS.

### *Sundhedspolitiske mål: Lighed i adgangen til almen lægelig behandling*

På grund af, at den uafhængige model kræver 100% brugerbetaling, så vil etableringen af dette scenarie skabe øget ulighed i adgangen til almenmedicinske ydelser. Dertil kommer adgangen til sundhedsforsikringer, som øger uligheden, og hvor scenarie 1 muligvis vil øge efterspørgslen. En øget ulighed i adgangen til ydelser stemmer ikke overens med landstingsforordningen om sundhedsvæsenets ydelser, som definerer, at sundhedsvæsenet skal tilstræbe en ligelig adgang til ydelser uanset bosted (40).

## 5.2 Scenarie 2: Den integrerede praksis

Den integrerede praksis skal ses som et delvist alternativ til DIS i den forstand, at den privatrejede almenpraksis på mange måder har tilbud svarende til DIS (uden skadestuen) og dermed adgang til gratis behandling og medicin. Men den integrerede praksis forventes at have fastlægeordning som konsultationsmodel. Ideelt set skal denne praksis ses som en aflastning af DIS.

### *Målgruppe*

Den integrerede model lægger sig meget op ad den danske model, men det er vigtigt at understrege, at den grønlandske version ikke skal være en kopi af den danske. Der vil være tale om, hvad man kalder et nul-

ydersnummer<sup>6</sup>, dvs. der ikke på forhånd er patienter, der har tilkendegivet, at de ønsker at bruge den pågældende praktiserende læge, og dermed indebærer modellen en driftsherre-risiko for den praktiserende læge. Alternativt kunne man annoncere, at folk kunne melde sig til inden for loftet af patienter, som klinikken kan varetage. Dette kræver et selekteringssystem, som f.eks. kunne være først-til-mølle-princippet.

Det er svært at afgøre, hvor mange der vil gøre brug af den mulighed, men der bør overvejes et loft for at undgå overbelastning af den praktiserende læge og en uacceptabelt høj indkomst. Der er ikke tvivl om, at tilgangen vil afhænge af tilfredsheden med DIS, hvis det er frit at vælge mellem DIS og den integrerede praksis.

Der vil være to tilgange til beregning af loftet for antal patienter den integrerede praksis kan varetage: (1) Hvor mange patienter behandler en specialist i almen medicin på DIS; (2) en tillempet model af den, der gælder for danske praktiserende læger, hvor man regner med mindst 1.700 patienter, men hvor en del har mellem 2-3.000 patienter. DIS-speciallægerne har ca. 3.000 patienter, hvis der regnes med seks speciallæger og 18.000 indbyggere. I DIS er der dog samtidig ansat et større antal reservelæger.

Hvis man anser den integrerede praksis som værende en aflastning af DIS, kan man overveje, at man tilmelder sig denne praksis og dermed afstår fra almindelig benyttelse af DIS og dermed sikrer en aflastning af DIS. Et vigtigt opmærksomhedspunkt vil være, om de praktiserende læger kan afvise patienter og dermed måske vælge de letteste patienter. Reguleringsmæssigt kunne man derfor overveje en bestemmelse om ikke at kunne afvise patienter uden gyldig grund.

## Grundmodel

Klinik lokaliseret i Nuuk og ejes af specialist i almen medicin.



2 specialister i almen medicin (fuldtid)  
Evt. 1 uddannelseslæge  
1 sygeplejerske



1 sekretær



Udskrivelse af medicin ud fra den autoriserede medicinliste og i overensstemmelse med gældende regler



1 tolk (afhængig af personalets sprogkompetencer)



## Den integrerede praksis

*Et alternativ til DIS*

**Målgruppe:** Et udvalg af borgere, med loft for antal, baseret på et selekteringssystem f.eks. først-til-mølle-princippet

**Brugerbetaling:** Ingen

**DIH aftaler:** På lige fod med DIS og med aftalte takster for at kunne drive den private praksis for at sikre aflastning af DIS

**Adgang til DIS:** Muligt at borger skal afstå brug af DIS ved tilmelding til privat praksis

**Udgifter for selvstyret via honorar til de private læger**

- Husleje (inkl. el, varme, m.m.), inventar og udstyr
- Administration af patientgruppe
- Løn til personale

<sup>6</sup> Et nul-ydersnummer er en tilladelse til at drive almen praksis, men uden at der følger patienter med. Når en region mangler en læge, kan den sende et nul-ydersnummer i udbud, hvor læger kan byde ind. Den læge, der får ydersnummeret, skal selv opbygge patientgrundlaget for sin praksis.

### *Aftaler og samarbejde med DIH*

Den integrerede praksis baserer på et tæt samarbejde med DIH. Det forudsætter, at klinikken i dette scenarie har samme muligheder som DIS, dvs.: (1) at anvende laboratoriefunktioner, røntgen/scanningsapparat og lægemidler uden betaling, (2) at kunne henvise til stationær og ambulant behandling på DIH, (3) samarbejde med kommunen og hjemmesygeplejen, og (4) have samme læse- og skriverettigheder i EPJ.

### *Omkostninger*

Da der ikke er brugerbetaling, vil indtægtsgrundlaget for den praktiserende læge være baseret på afregning med den relevante finansierende grønlandske part, som kunne være sundhedsvæsenet eller Departementet for Sundhed og Personer med Handicap. Taksterne skal bl.a. tage højde for aflønning af praksispersonalet, husleje (inkl. el, varme, m.m.), inventar og udstyr samt driftsherregevinst. Med antagelser om brugsmønster, som beskrevet under *målgruppe*, kan der beregnes en samlet årlig omsætning med maksimalt antal patienter, som skal dække disse udgiftsposter (bilag 4). For at det vil være attraktivt at slå sig ned med et nul-ydernummer, skal nettoindkomsten utvivlsomt være højere end for DIS-ansattes specialister i almen medicin, jævnfør beregningerne i bilag 4.

Der skal laves en afregningsmodel for ydelser, f.eks. konsultation, telefonkonsultation m.m. Der kan i et vist omfang hentes inspiration fra Danmark, men relevansen for den grønlandske kontekst skal sikres. Det høje detaljeringniveau i den danske model kan være mindre relevant for den grønlandske kontekst. Hvis der, som i den forslåede forsøgsordning, kun er tale om én praksis, bliver det vigtigt at udforme en ubureaukratisk model. Den konkrete model vil utvivlsomt skulle forhandles med Grønlands Lægeforening, som vil søge bistand hos PLO i Danmark.

Anskuet ud fra Landskassen vil der med 1.800 patienter blive tale om en udgift på DKK 3 til 3,5 millioner, hvortil kommer udgifter i forbindelse med vurderingskriterierne 4-7 (aftaler med DIH), som ikke skønnes at være nævneværdige. Om det netto bliver en merudgift for Landskassen afhænger af, om udgifterne til DIS reduceres tilsvarende, hvilket umiddelbart ikke antages at blive tilfældet.

### *Lægemangel og dual practice*

Det er vigtigt overveje, om den integrerede praksis vil gøre det lettere at rekruttere og fastholde læger, eller om det bliver et nulsumsspil. Hvis en læge forlader DIS for at blive selvstændig praktiserende læge, skal det ses i sammenhæng med en mulig aflastning af DIS. Dette skal ses i sammenhæng med, hvor attraktive arbejdsbetingelserne vil være i almen praksis, antal patienter m.m.

Dual practice antages ikke for at være muligt, da den integrerede praksis er en heltidspraksis. Men hvis dette ønskes at være en mulighed, så kan en reguleringsregel sikre, at f.eks. arbejdsgiveren orienteres om deltidsarbejdet og omfanget heraf.

### *Innovationspotentiale og konsultationsmodel*

Selvom den integrerede praksis har et tæt samarbejde med det offentlige sundhedsvæsen og modtager finansiering gennem systemet, så vil klinikken være udenfor de offentlige rammer, som kan være begrænsende for innovation. Derfor antages det, at den private praksis har et muligt innovationspotentiale på grund af den selvstændige status.

DIS har ikke en fastlægeordning som konsultationsmodel. Ved indførelsen af den integrerede praksis vil de borgere, der har adgang til den, få mulighed for at have en fast læge, der har kendskab til patienten og

vedkommendes historik fra gang til gang. Det er også vigtigt, at praksissygeplejersken kan behandle patienterne under lægens supervision.

### *Sundhedspolitiske mål: Lighed i adgangen til almen lægelig behandling*

Den integrerede praksis skaber ikke social ulighed i forhold til økonomisk adgang til almen medicinske ydelser, da ydelserne i klinikken er gratis for alle borgere. Den vil dog skabe mulig ulighed i adgangen til kvaliteten af den sundhedsfaglige ydelser. F.eks. har borgeren i den private praksis mulighed for at have en fast læge sammenlignet med borgeren i DIS, som ikke har den mulighed. Afhængigt af hvordan den private praksis organiseres og samarbejdet med DIS udvikler sig, antages det, at borgere tilknyttet en privat klinik har hurtigere adgang til konsultationstider end borgere i DIS, hvor patientantallet fortsat er højt og stigende.

## 5.3 Scenarie 3: Den kombinerede praksis

Den kombinerede praksis er ikke primært tænkt som en aflastning af DIS, men en serviceforbedring for dem, der er villige til at betale for det, og som måske har en sundhedsforsikring. Det er en forudsætning, at der sker en nettoforøgelse af specialister i almen medicin ved oprettelsen af en privat praksis. Samarbejdet med SHV er ikke særligt tæt.

### Grundmodel

Klinik lokaliseret i Nuuk og ejes af specialist i almen medicin.



2 specialister i almen medicin (fuldtid)  
Evt. 1 uddannelseslæge  
1 sygeplejerske



1 sekretær



Udskrivelse af medicin ud fra den autoriserede medicinliste og i overensstemmelse med gældende regler



1 tolk (afhængig af personalets sprogkompetencer)



### Den kombinerede praksis

**Målgruppe:** Borgere, der er villige til at betale selv, eller der har en sundhedsforsikring med denne dækning

**Brugerbetaling:** Ja, men med et årligt loft på DKK 500

**DIH aftaler:** Nødvendige aftaler

**Adgang til DIS:** Borgere har fortsat adgang til DIS

**Udgifter for klinikken** (dækkes af brugerbetaling)

- Husleje (inkl. el, varme, m.m.), inventar og udstyr
- Løn til personale
- Gebyr for håndtering af henvisninger og recept håndtering
- Licens for EPJ-adgang

**Udgifter for selvstyret**

- Den del af konsultationshonoraret der dækkes af selvstyret

### *Målgruppe*

Dette scenarie er ligesom scenarie 1, den uafhængige praksis, rettet mod borgere, som ønsker en valgmulighed i forhold til DIS, men hvor den potentielt bedre service og valgmulighed kommer med en pris, nemlig loftbelagt brugerbetaling, som er en model, både Norge, Sverige og Island anvender.

En anden målgruppe vil være personer med en arbejdsgiverbetalt eller privatbetalt sundhedsforsikring. Dette er omtalt i detaljer i forbindelse med scenarie 1 og gentages derfor ikke her.

### *Aftale og samarbejde med DIH*

I den kombinerede praksis er aftaler og samarbejdet med DIH det samme som i den uafhængige praksis, hvor der er de nødvendige aftaler med DIH om brug af laboratorie og andet samt henvisninger.

Medicinordinationer skal holdes indenfor den autoriserede medicinliste og i overensstemmelse med gældende regler. Den kombinerede praksis skal også have læse- og skriveadgang til Cosmic for at sikre dokumentation.

### *Omkostninger*

Den loftbelagte brugerbetaling kan ikke fastsættes objektivt. Ved fuld brugerbetaling skal man til sammenligning være bevidst om, at borgere muligvis afholder sig fra at konsultere lægen pga. udgiften især f.eks. kronikere med hyppig lægekontakt. Ved sidstnævnte kan brugerbetalingen blive betydeligt højt uden et loft. Hvis disse hensyn vægtes højt, bør loftet være lavt, f.eks. DKK 500 per år – som til sammenligning er væsentligt lavere end i Norge og Sverige. I sidste ende skal brugerbetalingen fastlægges af Naalakkersuisut. Der kan ved denne beregning også eventuelt medtænkes sundhedsforsikringer.

Da lægens indkomst i dette scenarie kun i mindre grad kommer fra brugerbetaling, skal der laves en afregningsmodel som den, der er beskrevet under scenarie 2. Brugerbetalingen betales til lægen, men modregnes i afregningen med Landskassen/sundhedsvæsenet.

Anskuet ud fra landskassen vil der med 1.800 patienter blive tale om en udgift på cirka DKK 2,2 millioner ved loft for brugerbetaling på DKK 500 (bilag 4). Om udgiften bliver mindre, afhænger af den eventuelle aflastning af DIS.

### *Lægemangel og dual practice*

Det er svært at afgøre, om den eksisterende lægemangel ved DIS vil blive forværret af etablering af den kombinerede praksis. Det afhænger af, om der for lægerne på DIS er interesse for at fungere som privatpraktiserende erhvervsdrivende, og om DIS kan rekruttere nye læger.

Dual practice kan ved dette scenarie være en mulighed, men det er nødvendigt, at der er klare regler for dette. Sådanne regler vil omfatte, hvor meget tid der kan arbejdes i privatpraksis, og ønsket om klarhed om evt. sammenblanding af ansættelser inden for både privat og offentlig praksis kan forekomme. Hvis dual practice fører til samlet øget arbejdstid for lægen, er der tale om en øget kapacitet.

### *Innovationspotentiale og konsultationsmodel*

Konsultationsmodellen er den samme som under de to foregående scenarier, som er fastlægeordning (continuity of care) og de dermed forbundne fordele. Den kombinerede praksis har også innovationspotentiale, som er lig med scenarie 1 – den uafhængige praksis.

### Sundhedspolitiske mål: Lighed i adgangen til almen lægelig behandling

Fordi den kombinerede model kræver brugerbetaling, selvom det er loftbelagt, så vil etableringen af dette scenarie skabe øget ulighed i adgangen til almenmedicinske ydelser, men muligvis ikke lige så stor ulighed ift. økonomisk adgang som ved den uafhængige praksis.

## 5.4 Opsamling

Nedenstående tabel 3 giver et samlet overblik over de tre scenarier ud fra vurderingskriterierne.

Tabel 3. Samlet oversigt over de tre scenarier ud fra vurderingskriterierne.

| Vurderingskriterier                                           | Den uafhængige praksis                                                                       | Den integrerede praksis                                                      | Den kombinerede praksis                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Målgruppe                                                  | Borgere, der er villige til at betale selv eller har en sundhedsforsikring med denne dækning | Evt. loft for antal brugere med tilmelding, samt muligt at afstå brug af DIS | Borgere der er villige til at betale selv eller har en sundhedsforsikring med denne dækning |
| 2. Samarbejdet med DIH                                        | Ikke integreret del af det offentlige system                                                 | Tæt samspil                                                                  | Ikke særlig tæt                                                                             |
| 3. Mulig aflastning af DIS                                    | Supplerende tilbud til DIS og vil kun delvist aflaste                                        | Et alternativ tilbud til DIS og dermed en aflastning                         | Ikke primært tænkt som aflastning af DIS                                                    |
| 4. Aftale med DIH (laboratorie, røntgen/scanning, lægemidler) | Nødvendige aftaler; Recepter inden for officiel medicinliste                                 | På lige fod med DIS                                                          | Nødvendige aftaler; Recepter inden for officiel medicinliste                                |
| 5. Henvisninger til behandling på DIH                         | Som DIS                                                                                      | Som DIS                                                                      | Som DIS                                                                                     |
| 6. Samarbejde med kommunen/hjemmesygeplejen                   | Som DIS                                                                                      | Som DIS                                                                      | Som DIS                                                                                     |
| 7. EPJ – læse- og skriveadgang                                | Ja                                                                                           | Ja                                                                           | Ja                                                                                          |
| 8. Økonomiske konsekvenser for det offentlige for punkt 4-7   | Ikke markante meromkostninger                                                                | 3-3,5 mio. (ved én fuldtidslæge)                                             | 2,2 mio. ved brugerbetalingsloft på 500,- kr./år (ved én fuldtidslæge)                      |
| 9. Brugerbetaling                                             | 100%                                                                                         | Ingen                                                                        | Delvis med loft                                                                             |
| 10. Indtægtsniveau privat vs. offentligt ansatte læger        | Usikkert pga. mange varierende/afhængige faktorer                                            | Højere end en gennemsnitlig overlæge for at sikre økonomisk incitament       | Særskilt beregning                                                                          |
| 11. Dual practice (kombineret ansættelse privat/offentligt)   | Bør ikke være tilladt pga. mulig interessekonflikt                                           | Bør ikke være tilladt pga. mulig interessekonflikt                           | Muligt                                                                                      |
| 12. Lægemangel                                                | Usikkert om modellen kan medvirke til at fastholde og øge rekruttering                       | Usikkert om modellen kan medvirke til at fastholde og øge rekruttering       | Usikkert om modellen kan medvirke til at fastholde og øge rekruttering                      |

## Mulighederne for privat sundhedsfaglig praksis

|                                                                                    |                                      |                                         |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| 13. Fastlægeordning<br>(continuity-of-care)                                        | God mulighed for fast<br>lægeordning | God mulighed for fast<br>lægeordning    | God mulighed for fast<br>lægeordning |
| 14. Innovationspotentiale                                                          | Muligt                               | Højt                                    | Muligt                               |
| 15. Sundhedspolitiske mål:<br>Lighed i adgangen til<br>almen lægelig<br>behandling | Øget ulighed                         | Ingen økonomisk ulighed til<br>adgangen | Øget ulighed                         |

## 6. Perspektivering

I perspektiveringen samles de foregående kapitlers analyser og de tre scenarier med de perspektiver, vi har indsamlet fra nøglepersoner og fra Sundhedsrådets lederskab. Nøglepersonernes erfaringer og vurderinger gengives i et samlet og nuanceret format, uden at der knyttes udsagn til enkeltpersoner. I [afsnit 2.3](#) kan afviklingen af samtalerne med nøglepersoner nærlæses. Grundmodellen og de tre scenarier er relativt teknisk komplekse og nøglepersoner er kommet med deres vurderinger ud fra en umiddelbar forståelse af disse baseret på den tilsendt sammenfatning (bilag 3). Vurderingerne tager derfor ikke nødvendigvis højde for alle teknikaliteter i grundmodellen og scenarierne. Der indgår desuden perspektiver, som ikke direkte udspringer af modellerne, men som afspejler mere overordnede og delvist principielle overvejelser om etablering af privat sundhedsfaglig praksis.

Afsnittet fremhæver centrale spørgsmål, som bør afklares, før der politisk tages stilling til en mulig understøttelse af privat praksis. Vi præsenterer de fordele og ulemper, der ses ved etableringen af privat sundhedsfaglig praksis, og diskuterer grundmodellen og de tre scenarier med fokus på almen lægepraksis – som endnu ikke er etableret i Kalaallit Nunaat. Hvor det er relevant, generaliseres pointerne til øvrige former for privat sundhedsfaglig praksis. Derudover har en jurist fra Departementet for Sundhed og Personer med Handicap bidraget med juridiske opmærksomhedspunkter, som præsenteres i bokse under de relevante afsnit. En grundig juridisk vurdering af redegørelsens grundmodel og tre scenarier kan læses i [kapitel 7](#).

### 6.1 Mulighed for privat sundhedsfaglig praksis i dag

Den nuværende lovgivning tillader etablering af privat sundhedsfaglig praksis, herunder muligheden for, at en almen praktiserende læge kan etablere egen praksis. Med sundhedsvæsenets vejledning udgivet i marts 2025 (bilag 2) er de gældende rammer for samarbejdet mellem privat praksis og det offentlige sundhedsvæsen blevet tydeliggjort. Vejledningen fremhæver desuden, at realiseringen af yderligere samarbejdsflader forudsætter, at Naalakkersuisut først fastsætter de nødvendige vilkår (se også [afsnit 4.3](#)). Derudover er det Landslægeembedets ansvar at føre tilsyn med privat praksis og dets sundhedspersonale (se også lov nr.27, §9, stk.3 (55)).

I Nuuk findes der veletablerede eksempler på privat sundhedsfaglig praksis, herunder tandlæge, jordemødre og fysioterapeuter (se også [afsnit 4.2](#)). Disse klinikker er baseret på 100 % brugerbetaling og kan delvist sammenlignes med redegørelsens scenarie 1 om uafhængig praksis. Ifølge nøglepersonerne kan klinikkerne tilbyde ydelser, som det offentlige sundhedsvæsen ikke har kapacitet til, samt kortere ventetider. Overordnet set oplever de eksisterende private sundhedsfaglige klinikker, at de aflaster det offentlige sundhedsvæsen og samtidig tilbyder borgerne et supplerende og alternativt behandlingstilbud.

Der har tidligere været gjort forsøg på at etablere privat lægepraksis parallelt med ansættelse i det offentlige sundhedsvæsen (f.eks. i form af deltidsansættelse). I denne redegørelse har det dog ikke været muligt at finde dokumentation for eventuelle aftaler om samarbejde eller for forholdene mellem den offentlige og den private part.

## 6.2 Fordele og ulemper ved scenarierne

Dette afsnit præsenterer nøglepersonernes vurdering af fordele og ulemper ved grundmodellen og de tre scenarier for privat lægepraksis. I det efterfølgende afsnit 6.3 præsenteres yderligere perspektiver og spørgsmål som fremkom under interviewet med nøglepersonerne. Perspektiverne gengives nuanceret og uden entydig stillingtagen.

### *Nøglepersoners perspektiver på etablering af privat lægepraksis*

#### **Overordnede fordele**

Flere nøglepersoner fremhæver, at en privat lægepraksis potentielt kan tilbyde ydelser, som de vurderer, at det offentlige sundhedsvæsen i dag ikke har kapacitet til at levere. Det nævnes også, at en privat praksis kan fungere som et alternativt kontaktpunkt for patienter med mindre og ukomplicerede henvendelser, hvilket kan bidrage til at aflaste telefonkøen og konsultationerne i det offentlige system i Nuuk. Enkelte ser det desuden som en mulighed for at tiltrække og fastholde læger, der ønsker at arbejde under andre rammer end dem, det offentlige tilbyder. Selvom nogle nøglepersoner anerkender, at en vis ulighed i adgang til sundhedsydelser er uundgåelig, vurderes det, at en privat praksis stadig kan bidrage positivt til det samlede sundhedstilbud.

#### **Overordnede ulemper**

Omvendt udtrykker flere nøglepersoner bekymring for, at etablering af privat praksis kan føre til utilsigtede konsekvenser. Der nævnes blandt andet, at hvis en privat klinik må lukke, eller hvis sundhedspersonalet bliver sygemeldt, vil det offentlige sundhedsvæsen skulle overtage en stor patientgruppe. Derudover peger enkelte på, at bedre arbejdsvilkår og løn i privat regi kan skabe lønpres i det offentlige. Flere understreger, at det ikke nødvendigvis vil styrke rekruttering og fastholdelse, men snarere føre til en omfordeling af allerede knappe ressourcer. Der er også bekymring for, at en privat praksis kan trække grønlandsktalende og fastansatte læger væk fra det offentlige, hvilket kan få konsekvenser for hele landet – ikke kun Nuuk.

Endelig fremhæves det, at en privat praksis kan føre til, at visse borgere hurtigere får adgang til læge og dermed også hurtigere henvises til videre udredning, hvilket kan opleves som en skævvridning i adgangen til sundhedsydelser. En nøgleperson stiller desuden spørgsmålstejn ved, om en privat praksis nødvendigvis vil løse de strukturelle udfordringer i det offentlige, eller om det snarere vil ske på bekostning af det. Enkelte rejser også spørgsmålet om, hvordan man sikrer, at patientens behov forbliver i centrum – og ikke økonomiske hensyn – i en privat praksis.

Tabel 4 giver et overblik over de specifikke fordele og ulemper, nøglepersonerne ser ved grundmodellen og de tre scenarier. Det er vigtigt at understrege, at disse punkter er nøglepersonernes erfaringsbaserede holdninger og observationer, men ikke fakta eller evidens.

Tabel 4. Nøglepersonernes perspektiv på fordele og ulemper ved grundmodellen og de tre scenarier.

|                                | Fordele                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ulemper                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grundmodellen</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkelte nøglepersoner anser samarbejdet mellem det private og offentlige, som en forudsætning, der understøtter og sikrer etableringen af den private praksis. Derudover sikrer det at patient oplever en mere glidende overgang mellem instanser og mindre ventetid i behandling.</li> <li>• Enkelte nøgleperson pointerer vigtigheden i, at brug af det samme EPJ-system fastholdes, da det sikrer kommunikation på tværs og bidrager til en mere kontinuerlig behandling af patienten.</li> <li>• Nøglepersoner ser en privat praksis med kun to læger som en styrke ift. at kunne tilbyde en fastlægeordning.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En nøgleperson er bekymret for, at der oprettes en sygdomsspecifik praksis (f.eks. ADHD eller smerte eller fedme), som har kommerciel gevinst fremfor folkesundheden for øje.</li> <li>• Enkelte nøglepersoner gør opmærksom på, at den private praksis ikke har den nødvendige fleksibilitet, når en i personalet bliver syg, på grund af den lille personalegruppe.</li> <li>• En nøgleperson antager, at den faglige sparring ved kun to læger er begrænset.</li> </ul>                                             |
| <b>Den uafhængige praksis</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nogle nøglepersoner ser, at det kan give en mulig aflastning af DIS' telefonkø, idet nogle borgere vil vælge at henvende sig til den private praksis i stedet for.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andre nøglepersoner pointerer dog, at selvom telefonkøen eventuelt bliver kortere, regner de ikke med, at det vil føre til besparelser.</li> <li>• Flere nøglepersoner er enige i, at det bidrager til en økonomisk ulige adgang til sundhedsydelser.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Den integrerede praksis</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afhængig af de rammer der fastsættes, så ser enkelte nøglepersoner, at dette scenarie muligvis kan aflaste det offentlige system.</li> <li>• Hvis der fastsættes et loft for antal patienter i den private praksis, så vil det forebygge ventetider, mener en nøgleperson.</li> <li>• Hvis der fastsættes, at man skal tilmelde sig den private praksis og dermed afstå fra at tilgå DIS, så antager nogle nøglepersoner, at det vil aflaste DIS. Men det afhænger også af, om en bestemt mål- eller patientgruppe defineres for klinikken.</li> </ul>                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nøglepersonerne ser større meromkostninger ved dette scenarie, da der er mange faktorer og rammer, der skal fastlægges forinden og monitoreres undervejs.</li> <li>• En nøgleperson gør opmærksom på, at det vil blive et svært system at styre baseret på de erfaringer, man har i andre lande.</li> <li>• Nogle nøglepersoner antager, at det ikke vil have en aflastende effekt, og at man heller burde anvende de ressourcer, man overvejer at bruge på et sådant scenarie, på omorganiseringen af DIS.</li> </ul> |
| <b>Den kombinerede praksis</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkelte nøglepersoner anser dette scenarie for at være en god løsning, hvor der sikres et tæt samarbejde med det offentlige, samtidig med at borgere stadig selv kan vælge.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nøglepersoner pointerer også ved dette scenarie, at det bidrager til en økonomisk ulige adgang til sundhedsydelser.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

### *Sundhedsøkonomisk perspektiv*

Baseret på den sundhedsøkonomiske analyse vurderes det, at oprettelsen af en privat lægepraksis uden for Nuuk ikke er realistisk, i det det potentielt ville kunne undergrave patientunderlaget for det lokale sundhedscenter/sygehus, hvor det almenmedicinske tilbud udgør en betydelig del af aktiviteten.

### **Den uafhængige praksis**

Ved scenariet af den uafhængige praksis vil der ved etableringen sandsynligvis være beskedne meromkostninger, som f.eks. licens til Cosmic.

### **Den integrerede og kombinerede praksis**

Ved etableringen af den integrerede eller kombinerede praksis vurderes der at være tale om marginalomkostninger. Det samlede volumen vil være relativt beskedent ved kun en enkelt privat lægepraksis. Der henvises til bilag 4, som indeholder økonomiske beregninger. Efter forsøgsordningen vil der dog være behov for at oprette en fast administrativ enhed med et afregningssystem for honoreringen af den private praksis.

Scenariet med den integrerede praksis vurderes som en succes, hvis den tages positivt imod af borgerne, dvs. der udvises en interesse og tilfredshed med servicen, hvis de praktiserende læger fastholdes, og hvis der er en nettoforøgelse af specialister i almen medicin. Hvis dette er tilfældet, vil man kunne drøfte, om endnu en privat praksis skal etableres. Dette vil dog medføre en drøftelse og vurdering af, hvorvidt og hvornår det er nødvendigt at reorganisere DIS samt formentligt også SDCG. Dette skyldes, at der vil være færre patienter for DIS at servicere, og fordi tilstedeværelse af privatpraktiserende læger kan presse DIS til at ændre model. Endvidere vil man skulle drøfte, hvor disse klinikker oprettes ift., om man ønsker at placere dem i forskellige bydele. En reorganisering af DIS kunne være baseret på en idé, som en læge har foreslået (42): At sundhedscentret kunne deles op i fem eller seks adskilte afdelinger med faste patienter fra Nuuks bydele.

## **6.3 Overvejelser ved mulig etablering af privat lægepraksis**

Udover de ovenstående vurderinger præsenteres her en række centrale spørgsmål og overvejelser nøglepersonerne delte under interviewet. Spørgsmål og overvejelser, som nøglepersoner mener bør afklares, hvis man politisk ønsker at gå videre med etablering af privat praksis. Afsnittet bygger på nøglepersonernes refleksioner og erfaringer, og rejser både praktiske, juridiske og sundhedspolitiske problemstillinger, der har betydning for implementering, styring og retfærdighed i sundhedsvæsenet.

I samtalerne med nøglepersonerne fremgår det, at der er en række centrale spørgsmål og overvejelser, som bør adresseres i forbindelse med en mulig etablering af privat lægepraksis i Nuuk. Flere peger på behovet for at afklare, hvad den offentlige instans ønsker at opnå med en sådan etablering: Er målet at forbedre borgernes tilfredshed med sundhedstilbuddet, styrke tilliden til sundhedsvæsenet eller skabe bedre arbejdsvilkår for medarbejdere gennem aflastning? Der er ikke enighed om formålet, men flere understreger, at der under alle omstændigheder er behov for forandringer i DIS.

Der rejses også spørgsmål om, hvordan man bedst muligt skaber et tilbud, der sikrer lettere adgang til sundhedsydelser og kontinuitet i lægedækningen, særligt for de borgere, der har et ønske om have en fast læge. Samtidig stilles der spørgsmål ved de økonomiske rammer: Skal midlerne til etablering af en privat praksis findes inden for sundhedsvæsenets eksisterende bevilling, eller vil der blive tilført nye midler? Og hvordan skal en eventuel afregningsmodel udformes og finansieres?

Flere nøglepersoner udtrykker også tvivl om, hvorvidt en privat praksis i sig selv vil kunne løse den utilfredshed, der eksisterer blandt borgerne, eller om det snarere handler om at adressere mere

grundlæggende sundhedsudfordringer. Der stilles spørgsmål ved, om initiativet primært skal ses som et forsøg på at øge popularitet, eller om det reelt bidrager til at løse strukturelle problemer i sundhedsvæsenet.

Endelig nævnes det, at det kan være relevant at undersøge, om der er interesse for at indgå specifikke driftsaftaler mellem en privat praksis og det offentlige sundhedsvæsen – eksempelvis med henblik på at varetage definerede opgaver i en bestemt bydel i Nuuk.

Nogle af disse overvejelser og spørgsmål, nøglepersoner har adresseret, er uddybet nedenfor.

### *Målgrupper og adgang: Hvem får gavn af privat praksis?*

Et centralt spørgsmål i vurderingen af privat lægepraksis er, hvilke borgere der reelt vil få adgang til tilbuddet.

Ved den uafhængige praksis vil det primært være borgere med høj indkomst eller sundhedsforsikring, som har økonomisk mulighed for at betale for ydelserne. Det samme gælder for den kombinerede praksis, dog med en vis udvidelse af målgruppen, da der her kan indføres loft over brugerbetaling. På nuværende tidspunkt dækker standardforsikringer i Kalaallit Nunaat ikke konsultationer hos privatpraktiserende læger, men enkelte forsikringer – som f.eks. Kalaallit Forsikring – dækker visse undersøgelser og behandlinger i privat regi, hvis ventetiden i det offentlige er for lang.

Den integrerede praksis forudsætter, at der fastlægges klare kriterier for, hvilke borgere der kan tilmelde sig. Hvis først-til-mølle-princippet anvendes, som foreslået i scenariet den integrerede praksis, vil det typisk være ressourcestærke borgere – med høj uddannelse, god økonomi og evne til at navigere i systemet – der får adgang. Det vil i praksis ofte også være dem, der er utilfredse med det nuværende tilbud i DIS.

Nøglepersonerne har foreslået forskellige måder at definere målgrupper på, herunder:

- Alle borgere over 65 år, som får et vist antal lægemidler;
- Patienter med kroniske sygdomme, som ikke er dækket af SDCG;
- Borgere i et specifikt byområde.

Særligt det sidste forslag, at målgruppen defineres geografisk, kræver en drøftelse af, hvor en privat praksis bør placeres. Skal den ligge centralt i byen tæt på DIS, eller i bydele som Nuussuaq eller Qinnqorput for at nå andre befolkningsgrupper?

Flere nøglepersoner udtrykker bekymring for, at en privat praksis, især i en integreret model, vil kunne vælge de "nemme" patienter, dvs. dem med ukomplicerede problemstillinger. Det kan give mulighed for at se flere patienter på kortere tid og dermed øge indtjeningen, men det risikerer at forstærke ulighed i sundhed.

Derfor er det afgørende, at der ved den integrerede og kombinerede praksis fastsættes klare rammer for honorarer og takster. Erfaringer fra både Danmark og internationalt viser, at private klinikker kan have incitament til at fokusere på ydelser, der er økonomisk fordelagtige. For at sikre, at privat praksis reelt aflaster det offentlige og bidrager til folkesundheden, bør der overvejes finansielle incitamenter og prislofter – særligt målrettet forebyggelse og behandling af patienter med kroniske sygdomme.

Boks 1. Juridiske opmærksomhedspunkter på brugerbetaling og lighed i sundhed.

---

Scenarier med delvis brugerbetaling kan rejse spørgsmål om ulige adgang til sundhedsydelser:

- Er det foreneligt med gældende ret at indføre brugerbetaling i et ellers skattefinansieret sundhedssystem?
  - Tidligere erfaringer f.eks. afskaffelsen af selvbetalt rejse ved IVF (in vitro-fertilisering)-behandling viser, at scenarierne med ulige adgang kan give anledning til både politisk og juridisk kritik.
-

### *Privat praksis og lægemiddelordination: Samspil og udfordringer*

Et andet centralt spørgsmål i vurderingen af privat sundhedsfaglig praksis er, hvordan ordination af lægemidler skal håndteres i samspil med det eksisterende system. Dette har både økonomiske, praktiske og lighedsmæssige implikationer.

Flere nøglepersoner giver udtryk for, at privat praksis bør have mulighed for at ordinere gratis medicin på samme vilkår som det offentlige sundhedsvæsen (DIS). En enkelt nøgleperson foreslår dog en differentieret model, hvor kun akut medicin er gratis, mens øvrig medicin ordineret af privat læge bør være underlagt brugerbetaling.

Samtidig udtrykkes bekymring for, hvordan udviklingen på området kan påvirke både økonomi og lighed i sundhed. Eksempelvis nævnes det, at SDCG i dag kan ordinere semaglutid (Wegovy) mod overvægt, men kun til en ret snæver gruppe patienter med svær overvægt. Såfremt der åbnes op for, at privatpraktiserende læger kan ordinere til en bredere gruppe, vil omkostningerne i sagens natur stige, men det vil også rejse spørgsmål om overordnede prioriteringer af ressourcerne og lige adgang til behandling. Tilsvarende vil kunne gøre sig gældende for andre lægemidler.

Disse forhold understreger behovet for en grundig afvejning af, hvordan privat praksis kan integreres i det eksisterende lægemiddelsystem – med fokus på patientsikkerhed, økonomisk ansvarlighed og retfærdig adgang til medicin. Det er afgørende, at nye ordinationsmuligheder ikke underminerer den overordnede styring og forsyningssikkerhed i sundhedsvæsenet.

Boks 2. Juridiske opmærksomhedspunkter på adgang til medicin og henvisningsret.

---

Hvis privatpraktiserende læger får adgang til at ordinere medicin og foretage henvisninger, opstår følgende spørgsmål:

- Hvordan sikres det, at eksisterende lægefaglige vurderinger i sundhedsvæsenet ikke undergraves?
  - Der er risiko for, at patienter søger privat praksis for at omgå tidligere afslag på behandling eller medicin. Selvom det er angivet, at ordinerings skal ske inden for rammerne af den autoriserede medicinliste, bør det præciseres, hvordan dette skal håndhæves, navnlig hvis lægerne ikke er underlagt samme instruktionsbeføjelser som offentligt ansatte læger.
- 

### *Samarbejde, samspil og aflastning af det offentlige sundhedsvæsen*

Et centralt aspekt i vurderingen af privat lægepraksis er, hvordan en sådan praksis kan indgå i et meningsfuldt og funktionelt samspil med det eksisterende offentlige sundhedsvæsen. I dette afsnit præsenteres en række overvejelser om samarbejdsflader, dokumentation, henvisningsret og organisatorisk integration, som alle er afgørende for, om en privat praksis reelt kan bidrage til aflastning og kvalitet i det samlede sundhedstilbud. Overvejelserne bygger på nøglepersoners erfaringer og vurderinger, og fremstilles nuanceret med blik for både muligheder og risici.

Den almen praktiserende læge fungerer som gatekeeper og i bedste fald også som en forløbskoordinator af patientens behandlingsforløb. Koordinering og integration af ydelser er kernen i patientcentret omsorg (4). Den praktiserende læge i primærsektoren beskrives som koordinator for patientens behandling i systemet, der forbinder primær-, sekundær- og tertiærpleje samt forebyggende indsatser. Dog støder bestræbelserne på at opnå en optimal koordinering og integration af plejen ofte på udfordringer ved grænsefladerne mellem sektorer og enheder (4). Dette gælder både inden for det offentlige, men især mellem det private og det

offentlige. Derfor forudsætter redegørelsens scenarier, at der skal være et grundlæggende samarbejde mellem den private praksis og det offentlige sundhedsvæsen.

Boks 3. Juridiske opmærksomhedspunkter på kontraktuelle bindinger og integration i eksisterende systemer.

Ved integration i det offentlige sundhedsvæsen kan eksisterende aftaler og kontrakter udgøre en barriere: Sundhedsvæsenets nuværende software-, it- og indkøbsaftaler kan begrænse muligheden for at integrere private aktører uden væsentlige ændringer eller genforhandlinger. Det kan medføre både forsinkelser og meromkostninger i implementeringsfasen.

### Sikker dokumentation og kommunikation

En af forudsætningerne i scenarierne er, at privat lægepraksis skal have læse- og skriverettigheder til sundhedsvæsenets elektroniske patientjournal (Cosmic). Dette vil kræve, at Cosmic laver ændringer til systemet, sådan at den private læge kun kan tilgå de patienter, som er kunde i den private lægepraksis. Hvis dette ikke gøres, så vil den private lægepraksis kunne tilgå alle patienter registreret i Cosmic.

De allerede etablerede private sundhedsfaglige klinikker i Nuuk har hver deres eget journaliseringssystem, som er tilpasset deres behov. De ønsker ikke som sådan at få adgang til Cosmic, men de giver udtryk for, at der er behov for et sikkert kommunikationssystem mellem den private praksis og det offentlige sundhedsvæsen. Lige nu er den sikreste måde at kommunikere personfølsomme informationer om en patient ved at medgive patienten det som et fysisk brev. Det vil lette kommunikationen mellem instanser og mindske ventetid i behandlingen, hvis der var et sikkert elektronisk kommunikationssystem som f.eks. sundhed.dk platformen i Danmark.

Boks 4. Juridiske opmærksomhedspunkter adgang til og håndtering af patientdata

Hvis privatpraktiserende læger skal have adgang til det offentlige elektroniske patientjournalssystem (EPJ), opstår der væsentlige databeskyttelsesretlige problemstillinger:

- Hvordan sikres det, at læger alene tilgår journaler for egne patienter?
- Skal der etableres systematisk logging og kontrol af adgang (med tilhørende ressourceforbrug)?
- Alternativt: Kan adgang gives på individniveau baseret på informeret samtykke, og hvordan håndteres dokumentation og administration?
- Hvordan sikres overholdelse af både GDPR (General Data Protection Regulation) og gældende grønlandsk persondatalovgivning?

### Videre behandling på DIH

For alle redegørelsens scenarier gælder, at den private lægepraksis må henvise til behandling på DIH på lige fod med læger fra DIS. Dette står i modsætning til den nuværende vejledning, sundhedsvæsenet har udformet, hvor en direkte henvisning ikke er mulig, fordi det kræves, at en læge ved de offentlige sundhedscentre gør dette, eller at der laves en individuel aftale herom mellem parterne. En nøgleperson påpeger, at når det kun er DIS, der laver henvisningerne, sikres det, at patienterne sendes det rette sted hen. Samtidig gør en anden nøgleperson opmærksom på, at dette forsinker patientens behandling og underminerer den private læges eller sundhedsfaglige persons kompetencer.

Hvis den private lægepraksis og i så fald også den private sundhedsfaglige praksis generelt ikke må henvise direkte til videre behandling på DIH, så antager nøglepersonerne, at den private praksis i den hensigt ikke vil aflaste det offentlige sundhedsvæsen.

### Muligt øget forbrug af sundhedsvæsenets ydelser

Nøglepersoner har peget på, at indførelsen af privat praksis kan medføre et øget forbrug af sundhedsydelser såsom laboratorieundersøgelser, røntgen/scanning samt lægemidler. Dette skyldes, at afhængigt af hvordan den private praksis organiseres, og hvordan samarbejdet med DIS udvikler sig, antages det, at borgere tilknyttet en privat praksis vil have hurtigere adgang til konsultationstider end borgere i DIS, hvor patientantallet fortsat vil være højt og stigende.

Risikoen for øget forbrug vil være særlig udtalt, hvis henvisninger til videre undersøgelser og behandling i det offentlige sundhedsvæsen ikke kræver godkendelse fra en læge ansat i det offentlige system. En sådan godkendelsesprocedure indebærer i sig selv et administrativt tidsforbrug for den pågældende sundhedsfaglige medarbejder.

### Konsekvenser ved parallelle patientforløb

Der har tidligere været tilfælde, hvor grønlandske borgere har gennemgået udredning eller behandling for enten fysisk eller psykisk sygdom i udlandet, og efterfølgende er vendt hjem til Kalaallit Nunaat med en forventning om at fortsætte udredning eller behandling. I en del af disse tilfælde har det offentlige sundhedsvæsen ikke været i stand til at tilbyde den nødvendige opfølgning, enten fordi den pågældende udredning eller behandlingstype ikke udbydes til den pågældende målgruppe, eller fordi der mangler den nødvendige ekspertise og/eller ressourcer.

Dette er vigtigt at have in mente i overvejelserne om at understøtte etableringen af en privat lægepraksis. Det er nemlig muligt, at en privat praksis vil tilbyde særligt specialiserede behandlinger, som det offentlige sundhedsvæsen ikke vil kunne følge op på – hverken i tilfælde af komplikationer, eller hvis den private praksis af en eller anden grund må lukke.

Ved den uafhængige og den kombinerede praksis kan borgere både være patient i det private og det offentlige samtidig, hvilket ikke nødvendigvis fører til en aflastning i antal patienter. Ved den integrerede praksis skal patienter tilmelde sig enten den private praksis eller forblive patient i DIS, det vil sige, at der vil ske en reel aflastning af patienter, der skal ses i DIS. Det er dog vigtigt at tage stilling til forinden, hvornår eller under hvilke omstændigheder en borger må skifte tilbage fra at være patient i den private praksis til at blive patient igen i DIS. F.eks., hvis ventetiden i den private lægepraksis opleves af borgeren at være lang, hvornår er den reelt set for lang? Endvidere kan det antages, at borgere tilmeldt den private lægepraksis vil gøre brug af vagtlægen og skadestuen, hvis de oplever, at det at få en tid ved den private læge tager for lang tid.

### Boks 5. Juridiske opmærksomhedspunkter på ansvarsplacering ved fejlbehandling.

---

Det er afgørende at afklare ansvarsfordelingen ved eventuelle fejlbehandlinger. Bærer den enkelte privatpraktiserende læge det juridiske og økonomiske ansvar, eller vil ansvaret helt eller delvist kunne placeres hos det offentlige sundhedsvæsen? Dette har betydning for både erstatningsretlige og forsikringsmæssige forhold.

---

### **Private lægers ansvar for uddannelse, hjemmebesøg og vagtlægeordning**

Nogle nøglepersoner, vi har talt med, har også pointeret, at man burde overveje, om ikke den private lægepraksis også burde have medansvar for at dække vagtlægeordningen og hjemmebesøg. Yderligere gør nogle nøglepersoner også opmærksom på, at den private praksis bør pålægges at have en uddannelseslæge, og at det ikke blot er en mulighed, som redegørelsens grundmodel lægger op til. Dette er opgaver, som er tidskrævende, og et medansvar vil potentielt aflaste DIS i nogen grad. Det antages også, at deltagelse i sådanne opgaver kan bidrage til et tættere samarbejde mellem instanserne.

Det påpeges af enkelte nøglepersoner, at lægegruppen er meget lille i Kalaallit Nunaat, derfor antages det, at forskellige arbejdsvilkår i så lille en gruppe vil kunne påvirke samarbejdet mellem privat og offentligt sundhedspersonale (eller læger) negativt. F.eks. vil en højere løn for læger i det privat regi øge presset på lønforhandlingerne i det offentlige.

### **Et nationalt medansvar gennem telemedicin**

Redegørelsens grundmodel medtager ikke mulighed for telemedicinske konsultationer for blandt andet at begrænse kompleksiteten i de sundhedsøkonomiske beregninger. Nogle af de nøglepersoner, vi har talt med, ser et potentiale i, at den private lægepraksis også har et medansvar for at dække eller aflaste nationalt, ligesom DIS i stigende grad gør det gennem telemedicinske konsultationer. Dette kan blandt andet være telemedicinsk samtaleterapi eller telemedicinsk konsultation af patienter med ukomplicerede sygdomme.

### ***Lægemangel og dual practice***

Flere nøglepersoner har rejst spørgsmål om, hvorvidt privat praksis vil bidrage til at afhjælpe lægemangel – eller blot omfordele eksisterende ressourcer. Dette afsnit belyser overvejelser om kapacitet, rekruttering og muligheden for kombineret ansættelse.

Enkelte nøglepersoner antager, at muligheden for privat lægepraksis vil øge rekrutteringen og fastholdelsen, da det vil give læger mulighed for at arbejde under andre rammer end i det offentlige, samt at et økonomisk incitament muligvis kan tiltrække arbejdskraft. Samtidig er der en del af nøglepersonerne, som antager, at det ikke vil bidrage til en bedre fastholdelse af læger og heller ej forbedre rekrutteringsmulighederne. En nøgleperson fremhæver, at fastholdelse af læger eller sundhedspersonale generelt handler meget mere om mulighederne for at trives som familie i Kalaallit Nunaat, dvs. gode vilkår for familier og adgang til gode institutioner og skoler.

I redegørelsens scenarier vurderes det, at dual practice, dvs. en kombineret ansættelse i det private og offentlige, ikke bør være muligt i den uafhængige og integrerede praksis, mens det kan være en mulighed i den kombinerede praksis. Dual practice kunne være en mulighed, men det kræver klare regler for, hvor meget tid der arbejdes i privatpraksis samt klarhed omkring sammenblanding af privat og offentlig praksis. Hvis dual practice fører til øget samlet arbejdstid for lægen, er der tale om en øget kapacitet. Der bør være en løbende monitorering af, om det fører til øget kapacitet. I modsat fald bør ordningen ikke fortsætte. En del nøglepersoner undrer sig over, at dette som udgangspunkt ikke anbefales i redegørelsen, men efter forklaring af, at det skyldes interessekonflikter, indses udfordringerne i det. F.eks. kan dual practice føre til, at lægen eller andet sundhedspersonale vælger at arbejde mere end 40 timer om ugen, men dette overarbejde kan bidrage til træthed og sygdom. En fagperson vil i dette tilfælde nok højst sandsynligt vælge at tage sine sygedage på sine vagter i det offentlige system, da der er bedre vilkår, dvs. løn, ved fravær pga. sygdom.

Endvidere gør en nøgleperson også opmærksom på, at det at give fastansatte i sundhedsvæsenet orlov til at arbejde andet sted i ubestemt tid, er en belastning for den offentlige organisation. Det skyldes at lederen løbende skal finde en vikar for denne stilling fremfor at fastansætte en ny fagperson. En ny fastansættelse er ikke mulig da lederen ikke bare kan fyre den nye fastansættelse, når personen på orlov beslutter at returnere.

### *Fast læge som nøgle til kontinuitet og tilfredshed*

Kontinuitet i lægebetjeningen er et centralt tema i nøglepersonernes perspektiver. Her diskuteres potentialet for fastlægeordning i privat praksis og dens betydning for både patientforløb og arbejdsvilkår.

Som tidligere beskrevet i redegørelsen viser internationale undersøgelser at continuity-of-care, dvs. fastlægeordning, har positiv effekt på patientens sygdomsforløb. En fast læge kan også i højere grad agere som forløbskoordinator for patienten ved at hjælpe med at koordinere på tværs af sektorer som beskrevet tidligere. Nogle nøglepersoner giver udtryk for, at det er ønskværdigt for borgerne, at de har en fast læge, men at det også vil forbedre lægernes arbejdsvilkår ved at mindske stressniveauet. Nøglepersonerne giver udtryk for, at det kan være stressende at se en lange række patienter, som alle er nye, og man derfor skal sætte sig ind i alles sygdomshistorier på kort tid for at kunne hjælpe bedst muligt. Endvidere kan man i den private praksis etablere et honoreringssystem, der giver lægerne mere tid til at lytte og forstå patienten som helhed. Samtidig er der dog også en nøgleperson, som pointerer, at mange patienter i sidste ende vil vælge den bedste behandling eller den nærmeste ledige tid fremfor at vente på, at ens faste læge har tid til at se én. Vi ved dog reelt set ikke, hvor mange borgere, der ønsker en fastlægeordning, eller hvad de i øvrigt ønsker eller forventer af ydelsestilbud i den primære sektor.

I 2019 blev der gennemført en kvalitativ pilotundersøgelse af borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet (32). Undersøgelsen kom med anbefalinger, der peger på vigtigheden af at styrke grundlæggende forhold for dialog mellem brugere og sundhedsvæsen. Dette kan gøres gennem en optimering af tolkebistanden, drøftelser af selve værdigrundlaget for sundhedsvæsenet, en prioritering af patientvejledere og udvikling af den eksisterende online sundhedsplatform, hvor borgerne kan finde information om sundhedsvæsenet (32). Endvidere peger rapporten på, at der skal etableres feedbackmekanismer, som løbende kan give et indblik i borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet. Dette vil blandt andet også kunne give et indblik i behovet for fast læge eller andre behov i primærsektoren.

### *Lægeklinik eller sundhedshuse*

Organiseringen af privat praksis – som enkeltstående klinik eller større sundhedshus – har betydning for kvalitet, faglig sparring og robusthed. Afsnittet samler nøglepersonernes vurderinger af forskellige modeller og deres konsekvenser.

Grundmodellen i redegørelsen forudsætter, at der skal være mindst to læger i den private lægepraksis. Dette skyldes blandt andet, at den internationale litteratur (5, 56, 57) og samtalerne med Færøerne peger på muligvis lavere kvalitet i en-mands-klinikker. I højere grad tilstræbes det, at der etableres interdisciplinære teams (eller *team-based care*), som sikrer bedre kvalitet af servicen til patienterne.

Selvom grundmodellen forudsætter, at der skal være to læger i den private praksis, så er modellen stadig sårbar, når der er fravær pga. sygdom, ferie eller kursus. Dette er ikke tilfældet i DIS, hvor det er muligt at flytte rundt på en større personalegruppe ud fra, hvad der giver mening under de aktuelle forhold og den aktuelle kontekst, der er på dagen.

Endvidere antog nogle nøglepersoner, at hvis udviklingen i Nuuk i fremtiden bliver, at DIS omstruktureres til flere små klinikker, så må det antages, at det vil give en dårligere kvalitet i behandlingen og samtidig bidrage til større social ulighed, da der vil være forskel på kvaliteten klinikkerne imellem. Derudover skal en lille klinik selv stå for at holde sig opdateret på den nyeste viden og standard. Ifølge nøglepersonerne er Landslægeembedet i forvejen overbebyrdet med at føre tilsyn på alle sundhedsvæsenets enheder samt de eksisterende private klinikker.

## *Sundhedspolitik, lovgivning og social ulighed*

Etablering af privat praksis rejser grundlæggende spørgsmål om lighed i sundhed og overensstemmelse med gældende lovgivning. Her diskuteres sundhedspolitiske principper og juridiske rammer med afsæt i nøglepersonernes bekymringer.

Ifølge loven om sundhedsvæsenets ydelser skal sundhedsvæsenet tilstræbe *ligelig adgang* til ydelser – uanset borgerens bosted (§1, stk. 2) (58). Dette princip danner grundlag for sundhedsvæsenets strategier og planer. Selvom fuld lighed er vanskelig at opnå, er det et vigtigt mål at stræbe efter.

I redegørelsen vurderes de tre scenarier for privat lægepraksis blandt andet ud fra, om de fremmer eller udfordrer lighed i sundhed. Alle tre scenarier indebærer en risiko for at øge social ulighed – i større eller mindre grad – afhængigt af, hvilke krav og rammer der stilles til den private praksis.

Retten til sundhed, som beskrevet i Verdenserklæringen om Menneskerettigheder, bygger på fire grundprincipper: tilstedeværelse, tilgængelighed, acceptabilitet og kvalitet (AAAQ) (59). Disse suppleres af seks nøgleelementer, herunder ikke-diskrimination, deltagelse i beslutninger og adgang til sundhedsinformation. Disse principper bør også tænkes ind i vurderingen af, hvordan privat praksis kan etableres uden at underminere lighed og rettigheder i det samlede sundhedssystem.

Endelig er det væsentligt at afklare, hvilke dele af grundmodellen og de tre scenarier der forudsætter ændringer i eller præciseringer af gældende lovgivning. Det gælder særligt følgende områder:

- Regulering af lægers adgang til elektronisk patientjournal (EPJ) og håndtering af patientdata.
- Adgangen til at ordinere lægemidler og foretage henvisninger til videre behandling.
- Eventuelle restriktioner og kontrolmekanismer i forhold til medicinudskrivning.

Disse forhold har betydning for både patientsikkerhed, retssikkerhed og den overordnede styring af sundhedsvæsenet, og bør derfor indgå i den videre politiske og juridiske vurdering.

## *Relevansen for andre (eksisterende) sundhedsfaglige klinikker*

Selvom redegørelsen primært fokuserer på etablering af privat almen lægepraksis, er det relevant at inddrage perspektiver fra de allerede eksisterende private sundhedsfaglige klinikker i Nuuk. Dette afsnit belyser, hvordan erfaringer og behov fra disse klinikker kan informere den videre udvikling og regulering af privat praksis generelt.

Redegørelsen har lagt hovedvægt på en gennemgang af problemstillingerne omkring etableringen af privat almen lægepraksis, da det er her, der vil være flest berøringsflader med det eksisterende sundhedsvæsen. Vi har nogle steder ovenfor beskrevet, hvad det vil betyde for andre private sundhedsfaglige klinikker, men vi vil i dette afsnit komme nærmere ind på det.

De allerede eksisterende private sundhedsfaglige klinikker har hver deres eget journaliseringssystem og har derfor som sådan ikke behov for adgang til Cosmic. Men der er et behov for et sikkert kommunikationssystem mellem det offentlige og det private, som gør det muligt at sende epikriser (skriftligt sammendrag af en patients journal og behandling) elektronisk fremfor at skulle medgive patienten det fysiske. Sidstnævnte bidrager til forsinkelser i behandlingen ifølge nøglepersonerne.

Endvidere fastsætter redegørelsens grundmodel, at der skal være en tolk i klinikken afhængigt af personalets sprogkompetencer. På nuværende tidspunkt skal patienter have deres egen tolk med ved behandling i det private. Hvis dette skal ændres, vil det medføre en prisstigning.

Lige nu er de eksisterende private sundhedsfaglige klinikker stort set struktureret som den beskrevne uafhængige praksis på nær de forhold, som sundhedsvæsenet har defineret i deres seneste vejledning. Det er ikke blevet drøftet med nøglepersoner fra de eksisterende private sundhedsklinikker, hvorvidt de kan forestille sig at blive en integreret eller kombineret praksis.

## 6.4 Styrkelse af det offentlige tilbud: Fremtidige veje for DIS

I lyset af de scenarier, der er præsenteret for privat lægepraksis, har flere nøglepersoner peget på, at en alternativ vej kunne være at styrke og omorganisere Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS). Dette afsnit samler de forslag og overvejelser, der er fremkommet i samtalerne, og som fokuserer på, hvordan DIS kan udvikles til bedre at imødekomme borgernes behov – både i Nuuk og nationalt.

En række nøglepersoner påpeger, at de ressourcer, der forventes at blive afsat til at understøtte etableringen af privat lægepraksis, hvis det er det man vælger at gøre, at det ville være mere meningsfyldt at bruge på at omorganisere DIS med forbedret administration og service. Det er holdningen, at det eksisterende system burde kunne rumme de behov, der findes i befolkningen. DIS er dog udfordret af, at befolkningen i Nuuk løbende vokser, uden at der sker en tilsvarende justering af ressourcefordelingen. I stedet for at gøre behandling dyrere gennem etablering af privat lægepraksis burde ressourcerne samles og udnyttes bedre bl.a. for at opnå lige adgang for alle.

Flere nøglepersoner kommer med forskellige forslag til, hvordan DIS kan forbedres til i højere grad at imødekomme borgernes behov:

- I højere grad gøre brug af sundhedsplejersker og fysioterapeuter i DIS som fagpersoner, der kan undersøge og behandle patienter, uden at disse behøver at gå til lægen.
- DIS bliver til et alment medicinsk område med flere afdelinger, f.eks. skadestue, vaccinationsafdeling, akutafdeling, kronisk afdeling, landsdækkende telemedicinsk konsultation m.m.
- Vaccinationer i DIS og behandling af patienter med kronisk sygdom i SDCG kører eksempelvis godt, fordi det er sat i system. Hvis det også gøres med andre områder i DIS, vil det sandsynligvis have en positiv effekt på behandlingen.
- I højere grad triagere (prioritere) patienter for at kunne udnytte ressourcerne bedst muligt.
- Sygeplejersker kan fungere som forløbskoordinatorer eller patientvejledere.
- Etablere en fastlægeordning i DIS, ved f.eks. at alle de fastansatte læger har faste patienter, som er borgere der har boet i Nuuk i mere end tre år (eller lignende måde at opdele/tildele fast læge på).
- Minimere det administrative arbejde, der ligger hos nogle af lægerne, for at sikre, at lægerne primært bruger deres tid på behandling af patienter.
- Indførelse af udeblivelsesgebyr, ligesom det findes i det norske sundhedsvæsen.
- Ændre den nuværende overenskomst, da denne spænder ben for DIS, mulige åbningstider.
- Et nyt EPJ-system, som kan køre hurtigere i dagligdagen.

En nøgleperson gør opmærksom på, at nogle forbedringer kun kan gennemføres på bekostning af varetagelsen af uddannelse af yngre læger, da dette kræver tid og ressourcer, men samtidig er det enormt vigtigt for fremtidens sundhedsvæsen at have uddannelseslæger.

## 7. Juridiske overvejelser ved etablering af almen lægeklinik i Kalaallit Nunaat

Efter Departementet for Sundhed havde fået redegørelsens grundmodel og scenarier til gennemlæsning, ønskede de en juridisk vurdering af scenarierne. Kent Kristensen, som har en bred ekspertise på det sundhedsjuridiske område og tidligere har arbejdet i Kalaallit Nunaat, blev identificeret som den rette jurist til denne opgave. Opgaven omfattede at vurdere, om der er juridiske forhindringer, der udelukker, eller som man særligt skal være opmærksomme på, i forbindelse med etablering af en privat almen lægeklinik i Kalaallit Nunaat. Nedenstående er indsat direkte fra Kent Kristensens notat og referencerne i notatet er indsat her som fodnoter.

I rapportens kapitel 6 peges der på flere relevante problemstillinger:

1. Juridiske opmærksomhedspunkter vedrørende brugerbetaling og lighed i sundhed.
2. Juridiske opmærksomhedspunkter vedrørende adgang til medicin og henvisningsret.
3. Juridiske opmærksomhedspunkter vedrørende kontraktuelle bindinger og integration i eksisterende systemer.
4. Juridiske opmærksomhedspunkter vedrørende adgang til og håndtering af patientdata (EPJ).
5. Juridiske opmærksomhedspunkter vedrørende ansvarsplacering ved fejlbehandling.

Der gælder et grundlæggende princip om aftale- og etableringsfrihed. Det vil sige, at der ikke er noget til hinder for, at en læge kan nedsætte sig og på et rent privatretligt grundlag praktisere som læge mod betaling. Dette kan, jf. punkt 1, give anledning til politiske overvejelser om ulighed i sundhed, men det er ikke en problemstilling med et særskilt juridisk indhold.

I forhold til samarbejdet med det offentlige er der dog flere relevante problemstillinger, der skal iagttages. I alle modeller – også i grundmodellen, der er baseret på et rent privatretligt grundlag – forudsættes det, at der etableres et samarbejde med det grønlandske sundhedsvæsen om brug af faciliteter samt procedurer for henvisninger.

Lovgivningen er på plads: Det følger af Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenet, jf. § 25, at Landsstyret kan indgå aftaler om levering af sundhedsvæsenets ydelser mod betaling i tilfælde, der ikke er omfattet af denne forordning.

Det skal særligt om brugen af de offentlige behandlingsfaciliteter bemærkes, at der gælder særlige regler om prisfastsættelse og en lighedsgrundsætning som fastlægger nogle krav til saglighed og ensartet.

## *Reglerne om prisfastsættelse*

Først reglerne om prisfastsættelse. Ved offentlige behandlingsfaciliteter skal prisætningen ske i overensstemmelse med et hvile-i-sig-selv-princip<sup>7</sup>.

Det betyder, at der som udgangspunkt ikke må opkræves betaling med fortjeneste for øje. En offentlig myndighed må kun fastsætte priser, der dækker de faktiske omkostninger ved at stille faciliteterne til rådighed (fx løn, drift, vedligeholdelse og administration), men ikke mere end det. Dette udspringer af, at offentlige institutioner ikke driver erhvervsvirksomhed på markedsvilkår, men varetager en lovbestemt offentlig opgave.

Prisætningen skal desuden ske på et sagligt og gennemsigtigt grundlag, således at brugere i tilsvarende situationer betaler samme pris for samme ydelse<sup>8</sup>. Hvis en offentlig institution tillader privat brug af offentlige behandlingsfaciliteter (fx ved forskningsprojekter, privat patientbehandling eller samarbejde med private aktører), skal prisen fastsættes, så offentlige midler ikke indirekte subsidierer private formål.

Reglerne herom udspringer af forvaltningsretlige grundsætninger og er derfor ikke begrænset til statsstøttere reglerne i EU-retten, som forbyder, at offentlige midler anvendes til at give urimelige økonomiske fordele til bestemte private aktører.

## *Lighedsgroundsætning*

For det andet gælder der en lighedsgroundsætning<sup>9</sup>. Lighedsgroundsætningen pålægger offentlige myndigheder at behandle lige tilfælde lige og kun gøre forskel, når der foreligger saglige grunde til det<sup>10</sup>. Grundsætningen udspringer af det generelle krav om saglig og ensartet forvaltning<sup>11</sup>.

I relation til offentlige behandlingsfaciliteter betyder lighedsgroundsætningen, at lægevirksomheder, der befinder sig i sammenlignelige situationer, skal have adgang til faciliteterne på ens vilkår og til samme pris. Der må ikke ske forskelsbehandling ud fra usaglige hensyn. Det betyder, at myndigheden ikke må udforme adgangs- eller prissystemer på en måde, der i praksis tilgodeser en bestemt klinik eller virksomhed.

Hvis der derimod foreligger reelle og saglige forskelle, fx forskelle i omfanget af anvendelse, typen af ydelse eller særlige lovbestemte formål, kan en myndighed godt differentiere behandlingen eller prisen. En sådan forskel skal dog altid kunne begrundes i objektive kriterier og dokumenteres.

I praksis indebærer det, at en offentlig behandlingsfacilitet skal tilrettelægge sine regler for adgang og betaling, så de er ensartede, gennemsikkelige og objektivt begrundede. Eventuelle forskelle skal kunne forklares med henvisning til saglige driftsmæssige eller juridiske forhold, for eksempel kapacitetsbegrænsninger, lovhjemmel eller formålet med den offentlige opgave<sup>12</sup>.

Det skal særligt om procedurerne for henvisninger, indlæggelser og udskrivelser bemærkes, at der kan opstå praktiske problemstillinger i forhold til at få et koordineret samarbejde tilpasset den eksisterende organisering af sundhedsvæsenets ydelser. Dette gælder eksempelvis læse- og skriveadgang til Cosmic.

---

<sup>7</sup> Revsbech, K: Kommunalret, 2023, s. 70 og Revsbech, K; Ege H og Thomsen, og H B: Kommunernes opgaver, 2023, s. 225.

<sup>8</sup> Revsbech, K; Ege H og Thomsen, og H B: Kommunernes opgaver, 2023, s. 192.

<sup>9</sup> Mørup, Søren Højgaard m.fl: Forvaltningsret, 2022, s. 116 og Bønsing, Sten: Forvaltningsret, 2023, s.340.

<sup>10</sup> Mørup, Søren Højgaard m.fl: Forvaltningsret, 2022, s 136.

<sup>11</sup> Madsen, HB: Patientbehandling og forvaltningsret, 2000, s. 39.

<sup>12</sup> Fenger, N: Forvaltningsret, 2018, s. 344.

### *Regler om adgang til patientjournaler*

I denne sammenhæng findes der regler om adgang til patientjournaler, som skal iagttages. Dette hører dog nærmere under den praktiske udførelse og er forhold, der skal tages højde for, når der er valgt en model for etablering af privat praksis.

### *Ansvarsplacering ved fejl*

Tilsvarende gælder for ansvarsplacering ved fejl, hvor der allerede i det eksisterende klagesystem er en fastlagt praksis for, hvordan ansvaret placeres.

Det anbefales, at dette drøftes, når der er valgt en model for privat praksis.

## 8. Sammenfatning og pejlemærker

Denne rapport har belyst mulighederne og udfordringerne ved at etablere privat sundhedsfaglig praksis i Kalaallit Nunaat – med særligt fokus på almen lægepraksis. Analysen bygger på international litteratur og erfaringer, sundhedspolitiske og -økonomiske analyser og nøglepersoners perspektiver, hvilket har givet et nuanceret og praksisnært grundlag for vurdering af scenarier og modeller.

De tre scenarier – den uafhængige, den integrerede og den kombinerede praksis – rummer hver især fordele og ulemper. Fælles for dem er, at de i forskellig grad forventes at øge den sociale ulighed i sundhed, afhængigt af hvordan målgrupper defineres, og hvilke krav der stilles til praksis. En integreret praksis kan potentielt aflaste det offentlige sundhedsvæsen og styrke kontinuitet i patientforløb, men kun hvis der fastsættes klare rammer for målgrupper, økonomi og samarbejde. Den uafhængige praksis vurderes at have begrænset aflastende effekt, mens den kombinerede praksis rummer mulighed for fleksibilitet, men også kompleksitet i styring og afregning.

- **Lighed i sundhed – økonomisk, socialt og sprogligt – bør være et grundlæggende udgangspunkt for enhver model.** Det gælder både i forhold til adgang, kvalitet og patientens oplevelse af systemet. Dette princip er forankret i både national lovgivning og internationale menneskerettigheder og bør være styrende for den videre proces. Ingen af de tre scenarier bidrager til øget lighed i sundhed.
- **Det er vigtigt at være opmærksom på de ledelsesmæssige og administrative omkostninger ved reformer.** Nøglepersonerne peger på, at implementering af nye modeller ofte undervurderer den nødvendige kapacitet til styring, koordinering og tilsyn. Det bør derfor afklares, om der er organisatorisk overskud til at gennemføre en sådan reform – og hvad man i så fald vil prioritere.
- **Borgernes perspektiver og ønsker bør undersøges systematisk.** Flere nøglepersoner fremhæver, at borgernes behov og forventninger ikke må glemmes i den politiske beslutningsproces. Det anbefales derfor, at der gennemføres spørgeskemaundersøgelser eller kvalitative studier blandt borgere og sundhedspersonale for at afdække, hvad der opleves som meningsfuldt og ønskværdigt. Undersøgelserne kan bygge på den eksisterende brugerperspektivundersøgelse fra 2020 (32).
- Hvis man politisk ønsker at gå videre med etablering af privat praksis, bør det ske som **en afgrænset forsøgsordning med tydelige rammer og indbygget mulighed for grundig evaluering.** En sådan afprøvning bør gennemføres som en tidsbegrænset pilot, hvor erfaringer og effekter systematisk dokumenteres og vurderes, inden der træffes beslutning om endelig implementering. Det er samtidig vigtigt at have en plan for tiden efter forsøgsperioden – også i tilfælde af, at man vælger ikke at videreføre ordningen.
- **Juridiske drøftelser** om blandt andet prisfastsættelse, ansvarsplacering og adgang til patientdata er først relevante, når der er truffet beslutning om, hvilket scenarie der skal følges.

Derudover bør der tages stilling til centrale spørgsmål som:

- Hvordan fastsættes priser og honorarer?
- Hvem skal drive en forsøgspraksis, og hvordan udvælges de?
- Hvordan sikres patientsikkerhed, dokumentation og kommunikation?
- Hvilket ansvar skal den private praksis have for vagtordning, uddannelse og telemedicin?

Endelig bør det overvejes, hvordan en privat sundhedsfaglig praksis kan indgå i en samlet strategi for at styrke Det Grønlandske Sundhedsvæsen – ikke som en erstatning, men som et supplement, der bidrager til at løfte kvaliteten og tilgængeligheden for alle borgere.

# Referencer

1. Naalakkersuisut. Sundhedsforlig 2023 - Politisk rammeaftale for arbejdet med en styrkelse af sundhedsområdet. Nuuk, Greenland 2023. p. 17.
2. Polin K, Scarpetti G, Vracko P. Innovations in primary healthcare in Slovenia 2011-2020: Exploring the stepwise process behind effective implementation. Health Policy. 2025;152:105224.
3. Greenland Statistics. Grønlands Statistik 2025 [Available from: <https://stat.gl/>].
4. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. Lancet Glob Health. 2022;10(5):e715-e72.
5. WHO. Scaling primary health care through networks and other models. World Health Organization - European Region; 2023.
6. Gautier L, Pirkle CM, Furgal C, Lucas M. Assessment of the implementation fidelity of the Arctic Char Distribution Project in Nunavik, Quebec. BMJ Glob Health. 2016;1(3):e000093.
7. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2011;2011(7):CD009255.
8. Mudyarabikwa O, Tobi P, Regmi K. Public-private partnerships to improve primary healthcare surgeries: clarifying assumptions about the role of private provider activities. Prim Health Care Res Dev. 2017;18(4):366-75.
9. Olsen KR, Anell A, Häkkinen U, Iversen T, Ólafsdóttir T, Sutton M. General practice in the Nordic countries. Nordic Journal of Health Economics. 2016;4(1):56-67.
10. WHO. Small countries initiative: World Health Organization,; 2024 [Available from: <https://www.who.int/europe/initiatives/small-countries-initiative>].
11. Statistics Iceland. Statistics Iceland 2025 [Available from: <https://www.statice.is/statistics/population/inhabitants/overview/>].
12. Heilsuvera. Healthcare Guideline 2025 [Available from: <https://www.heilsuvera.is/en/target-groups/adults/healthcare-guideline/>].
13. BCG. Health Care System reform and short term savings opportunities: Iceland Health Care System project. The Boston Consulting Group; 2011.
14. Sigurdsson H, Gudmundsson KG, Gestsdottir S. New reimbursement model in Icelandic primary care in 2017: first-year comparison of public and private primary care. Scand J Prim Health Care. 2022;40(2):313-9.
15. Region Hovedstaden. Ydernumre og kapaciteter 2025 [Available from: [https://www.regionh.dk/til-fagfolk/sundhed/praksis/min-almen-praksis/paa-vej-i-praksis/sider/ydernumre-og-kapaciteter.aspx#:~:text=Ydernummer,-Et%20ydernummer%20er&text=N%C3%A5r%20du%20er%20sundhedsperson%20og,\)%2C%20betegnes%20du%20som%20yder](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/sundhed/praksis/min-almen-praksis/paa-vej-i-praksis/sider/ydernumre-og-kapaciteter.aspx#:~:text=Ydernummer,-Et%20ydernummer%20er&text=N%C3%A5r%20du%20er%20sundhedsperson%20og,)%2C%20betegnes%20du%20som%20yder)].
16. Region Midtjylland. Særlige kliniktyper i Region Midtjylland 2024 [Available from: <https://www.fagperson.sundhed.rm.dk/til-ansatte-og-samarbejdspartnere/praktiserende-lager/lagedakning-i-region-midtjylland/kliniktyper-i-region-midtjylland/#:~:text=v%C3%A6rdien%20for%20praksis,-Udbudsklinikker,en%20praksis%20i%20offentligt%20udbud>].

17. Praktiserende Lægers Organisation. Praksisformer i almen praksis: Læger.dk; 2025 [Available from: <https://laeger.dk/foreninger/plo/drift-af-praksis/opstart-og-etablering/praksisformer>].
18. Leander N. Få overblikket: Her er fronterne i striden om almen praksis. Dagens Medicin. 2025.
19. Statistics Faroe Islands. Population: Hagstova Føroya; 2025 [Available from: <https://hagstova.fo/en/population/population/population>].
20. Weihe P. Sundhedsvæsenet på Færøerne er lig det danske - dog med undtagelser. Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. 2022.
21. Christiansen M. PLO på Færøerne: Mangel på kommunelæger rammer patienter. Dagens Medicin. 2022.
22. Heilsutrygd. Heilsutrygd hjemmeside 2025 [Available from: <https://www.heilsutrygd.fo/en>].
23. Dam M. Overenskomst imellem Heilsumálaráðið (det færøske sundhedsministerium) og Kommunulæknafelag Føroya (KLF eller det regionale færøske PLO): læger.dk; 2021 [Available from: [https://laeger.dk/media/k52hxvvv/oversaettelse\\_af\\_overenskomst\\_det\\_faeroeske\\_sundhedsministerium\\_og\\_klf\\_kommunulaeknafelag\\_foeroya.pdf](https://laeger.dk/media/k52hxvvv/oversaettelse_af_overenskomst_det_faeroeske_sundhedsministerium_og_klf_kommunulaeknafelag_foeroya.pdf)].
24. ÅSUB. Ålands statistik- och utredningsbyrå 2025 [Available from: <https://www.asub.ax/en>].
25. Larsen AT, Klausen MB, Højgaard B. Primary Health Care in the Nordic Countries: Comparative Analysis and Identification of Challenges. Copenhagen: VIVE – The Danish Center for Social Science Research; 2020.
26. Ålands hälso- & sjukvård. Public healthcare services on Åland. Åland; 2020.
27. Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. Health Economics, Policy and Law. 2011;6(4):549-69.
28. Anell A. The public-private pendulum--patient choice and equity in Sweden. N Engl J Med. 2015;372(1):1-4.
29. Socialstyrelsen. Statistik och data 2025 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/>].
30. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2025 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/>].
31. Finnmarkssykehuset. Om SANKS Norway2025 [Available from: <https://www.finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/sanks/om-oss#hva-gjor-sanks>].
32. Olesen I, Hansen NL, Ingemann C, Lundblad A, Larsen CVL. Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen: En pilotundersøgelse [Users' experience of the Greenlandic healthcare system: A pilot study]. Copenhagen, Denmark: National Institut of Public Health, University of Southern Denmark; 2020. Report No.: 8778994969.
33. Young K, Marchildon G. A Comparative Review of Circumpolar Health Systems: Taylor & Francis; 2012 2012/12/21. 1-116 p.
34. Anderson K. Alaska. Circumpolar Health Supplements. 2012(9):31.
35. Ellsworth L, O'Keeffe A. Circumpolar Inuit health systems. Int J Circumpolar Health. 2013;72(1):21402.
36. Gottlieb K. The Nuka System of Care: improving health through ownership and relationships. International Journal of Circumpolar Health. 2013;72(1):21118.
37. Southcentral Foundation. About our budgeting process Alaska2024 [Available from: <https://scfnuka.com/budgeting-at-southcentral-foundation/>].
38. Marchildon G, Chatwood S. Northern Canada. Circumpolar Health Supplements. 2012(9):41.

39. Peckham A, Kreindler S, Church J, Chatwood S, Marchildon G. Primary Care Reforms in Ontario, Manitoba, Alberta, and the Northwest Territories: A Rapid Review Prepared for the Canadian Foundation for Healthcare Improvement. North American Observatory on Health Systems and Policies; 2018.
40. Landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser m.v., (1997).
41. Sundhedskommissionen. Sundhedskommissionens Betænkning 2023: Vores Sundhedsvæsen - Vores Fælles Ansvar. Nuuk, Grønland: Naalakkersuisut; 2023.
42. Kristensen K. Regionslæge: Del sundhedscenter op i flere afdelinger. Sermitsiaq. 2020.
43. Danmarks Statistik. Geografiske forskelle i kontakt til almen læge 2019 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=28451>].
44. Atassut, Demokraatit, Inuit Ataqatigiit, Siumut. Koalitionsaftale. Grønland 2025.
45. Hetlevik O, Holmas TH, Monstad K. Continuity of care, measurement and association with hospital admission and mortality: a registry-based longitudinal cohort study. BMJ Open. 2021;11(12):e051958.
46. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ. 1992;304(6837):1287-90.
47. Sandvik H, Hetlevik O, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022;72(715):e84-e90.
48. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8(6):e021161.
49. Kalaallit Forsikring (lf). Sundhedsforsikring 2025 [Available from: <https://www.forsikring.gl/da/forsikringer/erhvervsforsikring/sundhedsforsikring>].
50. Sundhedsstrukturkommissionen. Sundhedsstruktur kommissionens rapport - Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. København Indenrigs-og sundhedsministeriet; 2024.
51. Sundhed Nf. Forslag til forespørgselsdebat om man kan formindske presset for vores sundhedsvæsen ved at indføre sundhedsforsikring Nuuk2023 [Available from: [https://ina.gl/media/tbsf4pkg/pkt154\\_em2023\\_foresp36\\_sundhedsforsikring\\_sn\\_da.pdf](https://ina.gl/media/tbsf4pkg/pkt154_em2023_foresp36_sundhedsforsikring_sn_da.pdf)].
52. Schultz-Nielsen J. Intet overblik over sundhedsforsikringer. Sermitsiaq. 2019 20. juli
53. Sundhedsdatastyrelsen. DRG-takster 2025 [Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/sundhedsoekonomi/drg-takster>].
54. Praktiserende Lægers Organisation. Honorar og ydelser 2025 [Available from: <https://laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/honorarer>].
55. Inatsisartut. Inatsisartutlov om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer. 2010.
56. Habicht T, Kasekamp K, Webb E. 30 years of primary health care reforms in Estonia: The role of financial incentives to achieve a multidisciplinary primary health care system. Health Policy. 2023;130:104710.
57. Hamel K, Vossing C. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. Prim Health Care Res Dev. 2017;18(5):492-506.
58. Naalakkersuisut. Lovgivning - Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v. [Legislation - County Council Regulation No. 15 from 6th November 1997 on health services, etc.]. In: Justice DoLa, editor. 1997.

59. CESC General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12): Hearing before the Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, Twenty-second session Sess. (11th of August, 2000).
60. Praktiserende lægers organisation P. Indtægts- og omkostningsundersøgelse 2022. København: PLO; 2024.
61. lægeforening Dad. Overlægers gennemsnitslønninger: Lægeforeningen; 2024 [Available from: <https://laeger.dk/foreninger/overlaegeforeningen/loen-overlaeger-ansat-i-region/gennemsnitsloenninger>].
62. Naalakkersuisut FasoylaiGH. Overenskomst. Nuuk; 2024.
63. Sundhedsledelsen. Aktivitetsopgørelse - Det grønlandske Sundhedsvæsen. Nuuk; 2024.
64. Praktiserende lægers organisation P. Taksttabel 2024. 2024.



## Allakkiaq Notat

### Notat om etablering af privat sundhedsfaglig praksis

03-05-2023  
Sagsnr. 2023 - 24888  
Akt nr. 23496149

#### **Lovgivning**

Lovgivningen på området tillader oprettelse af en privat sundhedsfaglig praksis. Dog har vi endnu ikke set privatpraktiserende læger med egne klinikker her i landet. For at kunne drive selvstændig lægepraksis forudsættes det, at lægen har ret til selvstændigt virke som nærmere defineret i §2 og 3 i Anordning nr. 860/1991 for Grønland om ikraftsættelse af lov om udøvelse af lægegerning. I henhold til Selvstyrets bekendtgørelse nr. 7 af 15. juni 2017 om Landslægeembedets virke § 7., stk 2, vil det være Landslægeembedet, der skal føre tilsyn med sundhedsfaglig virksomhed uden for Sundhedsvæsenet.

Postboks 1160  
Tlf: 34 50 00  
Fax: 34 55 05  
3900 Nuuk

Email: [pn@nanog.gl](mailto:pn@nanog.gl)  
[www.naalakkersuisut.gl](http://www.naalakkersuisut.gl)

Lovgivningen tager for nuværende ikke hensyn til samarbejde med det offentlige sundhedsvæsen, regulering eller betjening af privat lægepraksis.

#### **Etablering og drift af privat sundhedsfaglig praksis**

##### *Private tandlægeklinikker m.fl.*

I dag er der privat tandlægeklinik, fysioterapeuter og andre mindre private sundhedsudbydere i Nuuk. Det er kun den private tandklinik, der har et meget begrænset, ikke formaliseret samarbejde om udlevering af lægemidler med det offentligt drevne sundhedsvæsen. Når en borger f.eks. går til en privat tandklinik, så er der brugerbetaling og tandlægen varetager hele behandlingsforløbet. Tandlægen kan således ikke henvise patienten til supplerende undersøgelser eller behandlinger i Landstandplejen i det offentligt drevne sundhedsvæsen. Det vil sige, at de nuværende private sundhedsudbydere kan fungere helt selvstændigt eller med et meget begrænset samarbejde med det offentligt drevne sundhedsvæsen.

##### *Privat lægepraksis*

Etablering af en privat sundhedsfaglig praksis, herunder en lægeklinik, kan ske på flere måder, både med eller uden samarbejde med det offentlige sundhedsvæsen. I princippet kan en lægepraksis fungerer helt selvstændigt. Hvis lægerne vil ordinere lægemidler, vil de dog skulle søge om tilladelse for at kunne importere dem. Etablering og drift af en privat lægepraksis adskiller sig på flere måder fra etablering og drift af en privat tandlægeklinik. Det skyldes, at en privat lægepraksis i langt højere grad kan være afhængig af et vidtgående samarbejde med det offentligt drevne sundhedsvæsen, hvis lægen skal kunne varetage de samme sundhedsfaglige opgaver som varetages af lægerne i det offentlige sundhedsvæsen.

Det er forventeligt, at en privat lægepraksis vil have behov for til at udskrive lægemidler fra sundhedsvæsenets apoteker og på anden vis bruge sundhedsvæsenets faciliteter, hvilket vil kræve en aftale om vilkårene med de offentlige myndigheder. Disse aftaler vil blandt andet kunne indeholde retningslinjer for brug af sundhedsvæsenets journalsystem, ekspedition af recepter, laboratorieanalyser, røntgenundersøgelser, scanninger og henvisningsret til kirurgisk eller medicinsk behandling. Det er samtidig forventeligt, at en privat lægepraksis vil have behov for at henvise patienter til supplerende undersøgelser eller specialiserede behandlinger i det offentlige sundhedsvæsen. Etablering og drift af en privat lægepraksis, der skal samarbejde med det offentligt sundhedsvæsen, er således væsentligt mere komplekst og ressourcekrævende end at etablere og drive f.eks. en privat tandklinik, der ikke har samme behov for samarbejde med sundhedsvæsenet. Indgåelse og drift af samarbejdsaftaler med private aktører kræver ligeledes administrativ og ledelsesmæssig opmærksomhed, hvilket vil tage tid og ressourcer, der kunne være brugt andre steder i sundhedssystemet.

Såfremt det politisk ønskes, at der etableres et vidtgående samarbejde mellem en privat lægepraksis og det offentlige sundhedsvæsen, så rejser det samtidig en række vigtige principielle spørgsmål, som kræver politisk stillingtagen. Der skal træffes en beslutning om de privatpraktiserende lægers adgang til sundhedsvæsenets faciliteter og ressourcer og i særdeleshed spørgsmålet om eventuel betaling for brugeradgang, ydelser og lægemidler, hvis privatpraktiserende læger ønsker at bruge digitale systemer og få lavet laboratorieanalyser, røntgenundersøgelser eller ordinere medicin igennem det offentlige sundhedsvæsen. Det bør samtidig drøftes, hvilke sundhedsfaglige ydelser en privat lægepraksis skal kunne, hvis lægen samtidig ønsker en samarbejdsaftale med det offentlige sundhedsvæsen.

Herunder uddybes en række væsentlige forhold, som skal afklares i forhold til et potentielt omfattende samarbejde mellem private lægepraksisser og det offentlige sundhedsvæsen.

1. **Lægemidler:** Lægemidler importeres af landsapoteket, som kan give tilladelse til at også andre importerer lægemidler. I dag har bl.a. dyrlægerne og den private tandlæge tilladelse til import af lægemidler uden om landsapoteket. Følgende modeller vil være mulige:
  - a. Privat lægepraksis får ret til at importere lægemidler. De kan derefter sælge disse lægemidler til patienterne. Denne ordning har den private tandlæge.
  - b. Private lægeklinikker kan udskrive recepter, som kan indløses i det offentlige sundhedsvæsen.
    - i. Privat lægepraksis kan udskrive recepter via medicinmodulet i Cosmic, hvorefter borgeren køber medicinen hos Landsapoteket.
    - ii. Helt eller delvis brugerbetaling (Den private lægepraksis betaler apoteket for ekspedition af recepter). Hvis der skal være brugerbetaling, hvor stor skal denne så være i forhold til indkøbsprisen.
    - iii. Private lægeklinikker kan udskrive recepter via medicinmodulet i Cosmic, hvorefter medicinen er gratis for borgerne. Her skal det overvejes, hvorvidt det være muligt at udskrive medicin, som ikke er en del af det offentlige tilbud. Det kan for eksempel være vægttabsmedicin til patienter med et BMI under 40.

**2. Brug af laboratoriefunktioner og røntgen/scanningsapparat i sundhedsvæsenet.**

Aktuelt har kun sundhedsvæsenet laboratorier. En privat praksis vil kunne etablere eget laboratorium eller kunne anvende laboratorier uden for Grønland. I praksis vil en privat praksis have svært ved at fungere mere brede funktioner uden en samarbejdsaftale med sundhedsvæsenet om brug af faciliteter på DIH i Nuuk.

Følgende modeller vil være mulige:

- a. Brug af faciliteter på lige fod med andre dele af sundhedsvæsenet, dvs. at der vil kunne være ventetid. Betaling vil kunne gradueres fra ingen betaling til fuld betaling plus betaling af administrationsudgifter.
- b. Afvise adgang til direkte brug af faciliteter svarende til de forhold, der gør sig gældende for patienter, som for egen regning har søgt behandling i udlandet. Patienterne må henvende sig via de normale kanaler og præsentere forslag til udredning og behandling fra den private lægepraksis.

**3. Henvisning til kirurgisk eller medicinsk behandling samt fysio- og ergoterapi.**

Der findes de samme muligheder som nævnt under Pkt. 2. Uanset hvilken aftale der indgås, vil Sundhedsvæsenet dog være forpligtiget til umiddelbart at handle på en henvendelse fra en privat læge, hvis lægen vurderer, at patienten har et akut behandlingsbehov.

- a. Såfremt det politisk besluttet, at private læger kan henvise til specialiserede udredninger og behandlinger, er der behov for retningslinjer for, hvorledes det håndteres, hvis en henvisning afvises, fordi den ønskede behandling ikke er et standardtilbud i det offentlige sundhedsvæsen.

**4. Brug af sundhedsvæsenets elektroniske patientjournal (EPJ, Cosmic)**

En privat lægepraksis vil skulle overholde gældende krav til journalføring. Følgende modeller vil være mulige:

- a. De private aktører etablerer og finansierer eget journalsystem. Såfremt der åbnes op for et samarbejde vedrørende de under pkt. 2 nævnte områder (laboratoriefunktioner mv). vil der eventuelt kunne etableres aftale om læserettigheder til Cosmic. Dette vil kunne være med brugerbetaling for de relaterede udgifter.
- b. De private aktører får fuld brugeradgang til Cosmic og fører deres egne journalnotater adskilt fra øvrige notater. Der vil eventuelt kunne afkræves betaling for brugen til dækning af etablering og drift og udgifter relateret til udarbejdelse og tilsyn med den nødvendige databehandlersaftale.

***Fordele og ulemper etablering af privat lægelig virksomhed og samarbejdet med det offentlige sundhedsvæsen***

De potentielle fordele og ulemper ved etablering af privat lægelig virksomhed og samarbejdet med det offentlige sundhedsvæsen er ikke analyseret tilbundsgående i dette notat, men nedenstående indeholder en række stikord om emnet:

***Mulige fordele:***

- Såfremt en privat lægepraksis kan tiltrække medarbejdere, som ellers ikke vil arbejde inden for sundhedsområdet, vil den samlede kapacitet inden for sundhedsområdet kunne øges.

- En liberal virksomhed vil muligvis kunne drives mere effektivt, da der er tale om en lille enhed som bl.a. ikke vil være afhængig af de bureaukratiske strukturer i det offentlige og af de offentlige overenskomster.
- Bedre service
- Bedre læge patient relation
- Øget egen selvbestemmelse og arbejdstilrettelæggelse kan føre til højere arbejdsglæde, som kan føre til større motivation til effektivisering og udvikling

*Mulige ulemper:*

- Såfremt en privat praksis skal drives af medarbejdere, der allerede arbejder i det offentlige sundhedsvæsen, vil det påvirke sundhedsvæsenet negativt, da rekruttering af specielt læger er særligt vanskeligt. Det kan ligeledes have konsekvenser, selv om en læge ønsker at bibeholde deres stilling i det offentlige sundhedsvæsen, da det må formodes at bibeskæftigelse i privat praksis vil få indflydelse på arbejdstiden i sundhedsvæsenet.
- En privat lægepraksis vil muligvis ansætte sygeplejersker til at varetage en række opgaver, hvilket vil kunne påvirke sundhedsvæsenet.
- Rekrutteringsudfordringerne kan risikere at blive mere alvorlige, hvis det offentlige sundhedsvæsen skal konkurrere om arbejdskraft med private praksisser.
- De privat praktiserende læger vil formentlig kun etablere sig i Nuuk pga. for få borgere i de øvrige byer. Privat tandklinik eksisterer f.eks. kun i Nuuk.
- Et parallelt sundhedssystem med brugerbetaling kan øge uligheden i adgangen til sundhedsydelser og dermed uligheden i sundhed generelt i samfundet.
- Indgåelse og drift af aftaler vil kræve administrativt og ledelsesmæssigt fokus i sundhedsvæsenet, hvilket vil tage tid og ressourcer, der kunne være brugt andre steder.
- Manglende faglig sparring hvis det f.eks. er enkeltmandspraksis
- Hvad gør man ved sygdom//ferie/fravær af lægen f.eks. hvis det er enkeltmandspraksis.
- Lægen som selvstændig forretningsejer, fokus på indtægt frem for omhu.

**Alternativ model for etablering og drift af privat lægepraksis**

En alternativ model for etablering og drift af privat lægepraksis kan være, at det offentlige sundhedsvæsen indgår en egentlig driftsaftale med en privat aktør. Driftsaftalen vil kunne omfatte, at en privat lægepraksis vil skulle varetage nogle kontraktligt definerede opgaver, f.eks. at varetage alle primærsektor-opgaver i en bydel i Nuuk. Det vil indgå i aftalen, hvilke patienter der skal serviceres af den pågældende lægepraksis. En sådan praksis vil som udgangspunkt kunne opbygges svarende til almen praksis i Danmark. Denne model omtales ikke nærmere i dette notat, da der ikke foreligger forespørgsler om sådan aktivitet.

Baggrundsnotatet er udarbejdet af Departementet for Sundhed med udgangspunkt i materiale og input fra Landslægeembedet og Sundhedsledelsen.



Kalaallit Nunaanni Peqqinnissaqarfik  
Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Nuuk 05.04.2025

## **Vejledning om aktuel mulighed for samarbejde mellem privat sundhedsfaglige praksis og Sundhedsvæsenet i Grønland**

Herunder uddybes en række væsentlige forhold, som det er vigtigt at være opmærksom på i forhold til et samarbejde mellem private praksis og det offentlige sundhedsvæsen.

### **1. Udskrivelse af lægemidler.**

Lægemidler importeres af Landsapoteket, som kan give tilladelse til at også andre importører lovligt lægemidler ligesom, der er hjemmel til at søge om at rekvirere lægemidler fra Landsapoteket.

Sundhedsfaglig person i privat praksis med ordinationsret i forhold til deres fagområde har ret til at udskrive receptpligtige lægemidler. Der er i lovgivningen ikke en ret til at kunne udskrive recepter, som Landsapoteket eller andre lægemiddeldepoter tilhørende det offentlige sundhedsvæsen er forpligtiget til at ekspedere eller efter aftale kan ekspedere.

Sundhedsvæsenet vil kunne indgå aftaler med private aktører, men kun Naalakkersuisut (Selvstyret) kan indgå aftaler om levering af ydelser ikke omfattet af Landstingsforordningen om sundhedsvæsenets ydelser eller fastsætte regler om vilkår.<sup>1</sup>

Privatpraktiserende sundhedsfaglige personer med ordinationsret kan søge og få tilladelse til at oprette en lægemiddelbeholdning og importere lægemidler<sup>2</sup> eller rekvirere lægemidler fra Landsapoteket.<sup>3</sup> En sundhedsfaglig person med ordinationsret med en lægemiddelbeholdning har ret til at sælge lægemidler.

I praksis er der således mulighed for, at en privat praksis reelt kan udnytte sin ret til at udskrive lægemidler. I tilfælde af, at praksissen ikke ligger inden for det relevante lægemiddel må patienten henvises til den sædvanlige indgang til Sundhedsvæsenet.

**Vejledning:** En privatpraktiserende sundhedsperson med ordinationsret i forhold til deres fagområde som ønsker at oprette en lægemiddelbeholdning skal rette skriftlig henvendelse til Landsapoteket og søge om enten at importere lægemidler via en af Landsapoteket godkendt lægemiddelleverandør eller rekvirere lægemidler fra Landsapoteket. Har en privatpraktiserende sundhedsperson en patient med et akut behov for et lægemiddel, som ikke indgår i praksissens sortiment, må patienten henvises til nærmeste akutfunktion i Sundhedsvæsenet.

<sup>1</sup> Landstingsforordning nr. 16/2006 om ændring af landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser m.v. (Klar hjemmel til at sundhedsvæsenet kan opkræve betaling for ydelser m.m.)

<sup>2</sup> Selvstyret lovebekendtgørelse nr. 43/2023 af Landstingsforordning om lægemidler, §9, stk. 2.

<sup>3</sup> Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 27/2005 om rekvirering og håndtering af lægemidler



Kalaallit Nunaanni Peqqinnissaqarfik  
Det Grønlandske Sundhedsvæsen

## **2. Brug af laboratoriefunktioner og røntgen/scanningsapparat i Sundhedsvæsenet.**

Der er en klar hjemmel til, at Sundhedsvæsenet kan stille denne form for ydelser til rådighed for private virksomheder.<sup>4</sup> Sundhedsvæsenet har dog som udgangspunkt kun kapacitet til få eksterne ydelser, da det er dimensioneret efter at skulle servicere befolkningen inden for de politisk fastsatte rammer. Landsstyret fastsætter regler om vilkår for ydelser til eksterne parter.<sup>5</sup>

En forudsætning for, at en privatpraktiserende læge eller praksis kan anvende laboratorie- og røntgen/scannings faciliteter vil være, at Naalakkersuisut fastsætter vilkårene, herunder eventuel betaling, og tager stilling til prioritering imellem interne leverancer og eksterne leverancer til private aktører.

**Vejledning:** I situationer, hvor en privatpraktiserende læge eller praksis vurderer, at der et behov for laboratorieundersøgelser eller røntgen/scanningsundersøgelser, som privatpraktiserende praksis ikke har mulighed for at udføre, må patienten henvises til nærmeste sundhedsfacilitet. Det vil være relevant at medgive en skriftlig henvisning fra den privatpraktiserende læge eller praksis med de relevante lægelige oplysninger til brug for den videre visitation i sundhedsvæsenet.

## **3. Henvisning til kirurgisk eller medicinsk behandling samt fysio- og ergoterapi.**

Henvisning fra en privatpraktiserende læge eller praksis vil skulle vurderes af de samme læger, som vurderer henvisninger fra regionerne til specialafdelingerne på Dronning Ingrid's Hospital. Såfremt der er tale om et uopsætteligt behandlingsbehov, f.eks. blodprop ved hjertet eller en nyopdaget kræftlidelse, vil de skulle visiteres på lige fod med andre henvisninger.<sup>6</sup>

Patienter med ikke akutte lidelser vil som udgangspunkt skulle henvises til de sædvanlige indgange til sundhedsvæsenet med henblik på, at sundhedsvæsenets personale vurderer behandlingsbehovet efter de i sundhedsvæsenet gældende standarder. Tilsvarende er gældende for henvisning til fysio- og ergoterapi. Der er ikke nogen lovgivning, som fastlægger en eventuel anden praksis.

**Vejledning:** Ved ikke akutte sygdomme, som kræver hurtig viderevisitation, f.eks. kræftlidelser, vil der lokalt kunne laves aftaler om, hvor sådanne henvisninger kan sendes til med henblik på videre visitation og behandling uden unødigt forsinkelse.

---

<sup>4</sup> Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 5/2006 om ydelser og brugerbetaling i sundhedsvæsenet.

<sup>5</sup> Landstingsforordning nr. 16/2006 om ændring af landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser m.v. (Klar hjemmel til at sundhedsvæsenet kan opkræve betaling for ydelser m.m.)

<sup>6</sup> §6 i Anordning nr. 860/1991 for Grønland om ikraftsættelse af lov om udøvelse af lægegerning



Kalaallit Nunaanni Peqqinnissaqarfik  
Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Ved alvorlige akutte sygdomme, f.eks. blodprop ved hjertet, vil der kunne laves aftaler om direkte henvendelse til vagthavende læger med henblik på at undgå unødigt forsinkelse.

Ved mindre alvorlige tilstande må den privatpraktiserende læge anvise patienten til at henvende sig ved den nærmeste offentlige sundhedsfacilitet på lige fod med andre patienter. Det vil være relevant, at patienten medbringer relevant journaluddrag fra den privatpraktiserende læge eller læge.

Der vil kunne laves lokale aftaler, om at Sundhedsvæsenet kan modtage henvisninger til fysio- og ergoterapi, der vil blive visiteret efter samme retningslinjer som interne henvisninger i sundhedsvæsenet.

Er en patient henvist til indlæggelse vil Sundhedsvæsenet skulle tilsende den henvisende læge det udskrivningsbrev, som altid udarbejdes ved indlæggelser.

#### **4. Journalisering og brug af Sundhedsvæsenets elektroniske patientjournal (EPJ, Cosmic)**

Sundhedsvæsenet kan indgå databehandleraftaler med eksterne parter og dermed give dem brugeradgang til at bruge den elektroniske journal i det omfang der måtte være relevant og af interesse for den privatpraktiserende praksis eller læge.

Det er imidlertid kun Naalakkersuisut, som kan fastsætte de nærmere regler om vilkårene for brugen, herunder betaling for etableringsomkostninger og brug (licenser mv.).

**Vejledning:** Indtil der eventuelt sker en regulering af området, vil privatpraktiserende praksis eller læger være forpligtiget til at have eget journalsystem for at opfylde lovgivningens krav om journalføring.



# Sammenfatning: Redegørelse af mulighederne for etablering af privat sundhedsfaglig praksis

Baggrunden for udfærdigelsen af redegørelsen er et politisk fokus på privat sundhedsfaglig praksis. Af Sundhedsforliget 2023 fremgår, at fleksible løsninger på sundhedsområdet skal undersøges. En af disse er en undersøgelse af "om private virksomheder kan understøtte sundhedsvæsenets opgavevaretagelse". Herved forstås, at det i højere grad skal være muligt at udbrede og understøtte privat sundhedsfaglig praksis. I nærværende analyse undersøges alene **mulighederne** for samt fordelene og ulemperne ved at understøtte og udbrede privat sundhedsfaglig praksis (tema 2, s.6; tema 8, s.16-17).

Den nuværende lovgivning tillader etablering af privat sundhedsfaglig praksis, hvilket der allerede er eksempler på i Nuuk, hvor der blandt andet er en privat tandlæge og fysioterapeuter. Men privat lægepraksis er endnu ikke etableret. Selvom den eksisterende lovgivning muliggør etableringen af privat sundhedsfaglig praksis, fastsætter den ikke konkrete rammer for, hvordan samarbejdet mellem den sundhedsfaglig praksis og det offentlige sundhedsvæsen skal foregå, herunder regulering, kvalitetssikring og betjening.

Den redegørelse, der ligger til grund for denne sammenfatning, består af (1) en gennemgang af international litteratur og erfaring på området, (2) en sundhedspolitisk og -økonomisk analyse af forskellige scenarier og deres betydning for Det Grønlandske Sundhedsvæsen, samt (3) indsamling af nøglepersoners perspektiver og erfaringer på baggrund af del 1 og 2.

## Grundmodellen

Vi har i redegørelsen lagt hovedvægt på en gennemgang af problemstillingerne omkring **privat almen lægepraksis**, da det er her, der vil være flest berøringsflader med det eksisterende sundhedsvæsen. Vi antager, at de problemer, der findes i andre former for privat sundhedsfaglig praksis, alle vil blive afdækket i forbindelse med analysen af privat lægepraksis.

De præsenterede scenarier er defineret på baggrund af almen praksis i nordiske lande og deres forsøg på (privatiserings)reformer. Der er udarbejdet tre scenarier, som baserer sig på en fælles grundmodel. Grundmodellen fastlægger nogle grundlæggende forhold og antagelser om den private almene lægepraksis. Der er opstillet 16 vurderingskriterier, som anvendes i alle tre scenarier. Nogle af disse kriterier er usikre at vurdere på nuværende tidspunkt. Derfor tages der i denne redegørelse udgangspunkt i en mulig flerårig **forsøgsordning**. Hvis det politisk bliver besluttet at afprøve en privat model, så forventes det at blive gjort som en forsøgsordning med indbygget evaluering for at indsamle erfaringer.

Grundmodellen og de nedenfor præsenterede tre modeller bygger overordnet på de tilbud, der er i Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS). Formålet med en forsøgsordning er at afprøve om en privat model kan give bedre service og brugertilfredshed.

### Grundmodel

Klinik lokaliseret i Nuuk og ejes af specialist i almen medicin.



2 specialister i almen medicin (fuldtid)  
Evt. 1 uddannelseslæge  
1 sygeplejerske



1 sekretær



1 tolk (afhængig af personalets sprogkompetencer)



Udskrivelse af medicin ud fra den autoriserede medicinliste og i overensstemmelse med gældende regler

Grundmodellen forudsætter at den private almenlægepraksis er en heltidspraksis og består af to fuldtids specialister i almen medicin. Der er tale om to faste læger for at sikre faglig sparring, kvalitetsudvikling og dækning ved fravær af én af lægerne. Det kan blive en udfordring at rekruttere to læger, hvorfor der evt. skal startes et forsøg med én læge. Der kan eventuelt være plads til en uddannelseslæge. Endvidere består personalegruppen af en sygeplejerske, en sekretær og en tolk. Sidst nævnte kan afhænge af personalets sprogkompetencer.

## De tre scenarier

I alle **tre scenarier** der arbejdes der alene med almen praktiserende læger, som præsenteret i grundmodellen. Der opstilles en række kriterier hvor ud fra de tre scenarier bliver vurderet. Kriterierne er ikke rangordnet og vil være af varierende relevans for de forskellige modeller. Se tabellen nedenfor.



### Den integrerede praksis

*Et alternativ til DIS*

**Målgruppe:** Evt. loft for antal brugere med tilmelding

**Brugerbetaling:** Ingen

**DIH aftaler:** På lige fod med DIS og med aftalte takster for at kunne drive den private praksis for at sikre aflastning af DIS

**Adgang til DIS:** Muligt at borger skal afstå brug af DIS ved tilmelding til privat praksis

**Udgifter for selvstyret via honorar til de private lægere**

- Husleje (inkl. el, varme, m.m.), inventar og udstyr
- Løn til personale
- Administration af patientgruppe



### Den uafhængige praksis

*Et supplement til DIS*

**Målgruppe:** Borgere der er villige til at betale selv eller der har en sundhedsforsikring med denne dækning

**Brugerbetaling:** 100%

**DIH aftaler:** Nødvendige aftaler, hvor administration af dette dækkes af brugerbetalings

**Adgang til DIS:** Borgere har adgang til DIS incl. skadestue

**Udgifter for klinikken** (dækkes af brugerbetaling)

- *Fastlægges af Naalakkersuisut:*
  - Gebyr for håndtering af henvisninger og recept håndtering
  - Licens for EPJ-adgang
- *Administreres af klinikken selv:*
  - Husleje (inkl. el, varme, m.m.), inventar og udstyr
  - Løn til personale



### Den kombinerede praksis

**Målgruppe:** Borgere der er villige til at betale selv eller der har en sundhedsforsikring med denne dækning

**Brugerbetaling:** Ja, men med et årligt loft på DKK 500,-

**DIH aftaler:** Nødvendige aftaler

**Adgang til DIS:** Borgere har fortsat adgang til DIS

**Udgifter for klinikken** (dækkes af brugerbetaling)

- Husleje (inkl. el, varme, m.m.), inventar og udstyr
- Løn til personale
- Gebyr for håndtering af henvisninger og recept håndtering
- Licens for EPJ-adgang

**Udgifter for selvstyret**

- Den del af konsultationshonoraret der dækkes af selvstyret

| Vurderingskriterier                                           | Den uafhængige                                                                                   | Dem integrerede                                                              | Den kombinerede                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Målgruppe                                                  | Borgere, der er villige til at betale selv eller der har en sundhedsforsikring med denne dækning | Evt. loft for antal brugere med tilmelding, samt muligt at afstå brug af DIS | Borgere der er villige til at betale selv eller der har en sundhedsforsikring med denne dækning |
| 2. Samarbejdet med DIH                                        | Ikke integreret del af det offentlige system                                                     | Tæt samspil                                                                  | Ikke særlig tæt                                                                                 |
| 3. Mulig aflastning af DIS                                    | Supplerende tilbud til DIS og vil kun delvist aflaste                                            | Et alternativ tilbud til DIS og dermed en aflastning                         | Midt i mellem                                                                                   |
| 4. Aftale med DIH (laboratorie, røntgen/scanning, lægemidler) | Nødvendige aftaler<br>Recepter indenfor officiel medicinliste                                    | På lige fod som DIS                                                          | Nødvendige aftaler<br>Recepter indenfor officiel medicinliste                                   |
| 5. Henvisninger til behandling på DIH                         | Som DIS                                                                                          | Som DIS                                                                      | Som DIS                                                                                         |
| 6. Samarbejde med kommunen/hjemmesygeplejen                   | Som DIS                                                                                          | Som DIS                                                                      | Som DIS                                                                                         |
| 7. EPJ – læse- og skriveadgang                                | Ja                                                                                               | Ja                                                                           | Ja                                                                                              |
| 8. Økonomiske konsekvenser for 4-7                            | Ikke markante meromkostninger                                                                    | 3-3,5 mio. (ved én fuldtidslæge)                                             | 2,2 mio. ved brugerbetalingsloft på 500,- kr./år (ved én fuldtidslæge)                          |
| 9. Brugerbetaling                                             | 100%                                                                                             | Ingen                                                                        | Delvis med loft                                                                                 |
| 10. Indtægtsniveau privat vs. offentligt ansatte læger        | Usikkert pga. mange varierende/afhængige faktorer                                                | Højere end en gennemsnitlig overlæge for at sikre økonomisk incitament       | Særskilt beregning                                                                              |
| 11. Dual practice (kombineret ansættelse privat/offentligt)   | Bør ikke være tilladt pga. mulig interessekonflikt                                               | Bør ikke være tilladt pga. mulig interessekonflikt                           | Muligt                                                                                          |
| 12. Lægemangel                                                | Usikkert om modellen kan medvirke til at fastholde og øge nyrekruttering                         | Usikkert om modellen kan medvirke til at fastholde og øge nyrekruttering     | Usikkert om modellen kan medvirke til at fastholde og øge nyrekruttering                        |
| 13. Fast læge ordning (continuity-of-care)                    | God mulighed for fast lægeordning                                                                | God mulighed for fast lægeordning                                            | God mulighed for fast lægeordning                                                               |
| 14. Innovationspotentiale                                     | Muligt                                                                                           | Højt                                                                         | Muligt                                                                                          |
| 15. Lighed i adgangen til almen lægelig behandling            | Øget ulighed                                                                                     | Ingen økonomisk ulighed til adgangen                                         | Øget ulighed                                                                                    |
| 16. Sundhedspolitiske mål og politikker                       | Ulige adgang til ydelser                                                                         | Status quo                                                                   | Ulige adgang til ydelser                                                                        |

## Bilag 4: Beregninger af omkostninger og løn for offentligt ansatte læger og privatpraktiserende

### *Indkomst*

Det er en begrundet antagelse, at indkomstniveauet for en privatpraktiserende læge er højere end for en offentligt ansat læge. Dels på grund af driftsherrebelønning, dels på grund af flere arbejdstimer. Det er ikke muligt præcist at angive forskellen, men det skal være mere end nogle få tusinder kr. Nedenfor tages der udgangspunkt i danske tal.

Hvert tredje år gennemfører PLO en indtægts- og omkostningsundersøgelse blandt de praktiserende læger. Den seneste stammer fra 2022 (60). De praktiserende læger, der deltog i undersøgelsen, havde i gennemsnit en nettoindtægt på 1,40 mio. kr. i 2022, dvs. fraregnet driftsomkostninger m.m. 30% lån i intervallet 0,75 – 1,25 mio. kr. Nettoindtægten må ikke forveksles med skattepligtig indtægt.

Man skal her medtænke, at der i disse beløb indgår pension, som den praktiserende læge selv afholder ud af nettoindtægten. Skal der sammenlignes med offentligt ansat overlæge, skal beløbet reduceres til ca. 1,2 mio., hvis det antages, at arbejdsgiver indbetaler 12% og den ansatte selv 6%. Forudsætter man 10% lønstigning 2022-2024 kommer beløbet på 1,35 mio. kr.

Den ugentlige arbejdstid var i gennemsnit 45 timer/ugen

Den almindelige danske lægeforening følger udviklingen i overlægelønninger (61). Ifølge denne statistik var nettolønnen for en overlæge i 3. kvartal 1,1 mio. kr./år – excl. pension og vagttillæg.

Der er således en forskel på 200-300.000 kr./år.

Ifølge overenskomsten mellem Naalakkersuisut og Foreningen af speciallæger og yngre læger ansat i Kalaallit Nunaats selvstyre (62) er grundlønnen for en overlæge ca. kr. 804.000/år for en 40 timers arbejdsuge inden diverse særlige tillæg m.m., f.eks. rekrutterings- og fastholdelsestillæg, der i Nuuk udgør kr. 84.000/år og excl. vagttillæg. Samlet antages de let at løbe op til mindst kr. 200.000 og dermed en årsløn på mindst 1.000.000. Det har ikke været muligt at fremskaffe faktiske tal [men de er rekvireret].

I grundmodellen regnes med 2 praktiserende læger, 1 sygeplejerske, evt. 1 sekretær og afhængig af personalets sprogkompetence 1 tolk. Dette er derfor udgangspunktet for beregningerne, hvor der dog ikke medregnes tolk og sekretær. Det antages også, at sygeplejersken kan stå for nogle konsultationer og modtager samme afregning som lægen.

### *Forventet omsætning i scenarierne 1 og 3*

Under **scenarie 1** vil der på grund af den 100% brugerbetaling kun blive tale om mindre merudgifter for Landskassen relateret til punkterne 1-4 i listen over vurderingskriterier.

I sagens natur kan der ikke siges noget præcist om niveauet af den forventede brugerbetaling. MEN hvis der for praktiserende læger sigtes mod eksempelvis en nettoindtægt på samlet kr. 2,8 mio. kr. kunne brugerbetalingen svare til de under scenarie 2 nævnte. Men, dømt ud fra taksterne hos de meget få læger uden aftale med sygesikring i Danmark, bliver betalingen per konsultation utvivlsomt markant højere – op til kr. 750,00 per konsultation (<https://laegernedanmark.dk/priser/#prisliste>). Niveauet fastsættes af de involverede praktiserende læger.

Under scenarie 3 med et loft på brugerbetalingen på kr. 500/år ville regnestykket komme til at se ud som følger:

1. Udgifter for Landskassen/DIH svarer ca. kr. 2.280.000 med de anvendte takster

2. 90% af de 1.600 patienter kommer i løbet et år, dvs. 1.440 patienter (baseret på danske tal – det grønlandske tal kendes ikke)
3. Brugerbetalingen sættes til konsultationstaksten under scenarie 2, dvs. kr. 232 per konsultation som af beregningshensyn rundes op til kr. 250 per konsultation. Brugerbetalingen vil så samlet beløbe sig til  $(1.440 \cdot 250) \cdot 2 = 720.000$  kr/år.
4. Brugerbetalingen opkræves af den praktiserende læge, men tilbagebetales/modregnes til/fra Landskassen
5. Nettoresultat for Landskassen/DIH:  $3.000.000 - 720.000 = 2.280.000$  kr. Der skal dog tages højde for kompensation til den praktiserende læge for administrationen af brugerbetalingen.

### *Forventede omkostninger ved scenarie 2*

Det følgende er ikke præcise beregninger, men et forsøg på at komme frem til grove, men nogenlunde begrundede beløbsstørrelser.

Regelmæssigt forudsættes der at være 1.600 patienter per læge. Ifølge den seneste statistik (63) havde gennemsnitspatienten tre konsultationer per år og ca. 5 andre kontakter (telefon, e-mail m.m.) per år.

Ifølge taksttabellen fra PLO (64) var taksten for en konsultation kr. 163, men da der også hos danske praktiserende læger er en per capita betaling per tilmeldt patient, der udgør ca. en tredjedel af omsætningen, forhøjes beløbet til 232 kr./konsultation. Med 1.600 patienter med i gnsn. 3 konsultationer, vil det give en samlet indtægt på

- 2.220.000 kr./år fra konsultationer hos to læger
- Antages, at hver tredje konsultation kan varetages af praksissygeplejersken til samme honorar som hos lægen beløber det sig til kr. 371.000 pr år

Telefonkonsultationer, e-mail-konsultationer m.m. sættes til gennemsnit til kr. 45 ud fra PLOs taksttabel tillagt per capita-beløbet bliver det 64 kr. Med 5 kontakter per patient bliver

- kr. 1.024.000/år.

Der er særlige tillæg for blodprøver m.m. og særlige ydelser. Det volumenmæssige omfang kendes ikke, men det anslås at beløbe sig til

- kr. 15.000
- Hvilket giver en samlet oprundet omsætning på samlet 5.115.000. kr./år. for to heltidspraktiserende læger.

Sammenlignes der med PLOs indtægts-og omkostningsstatistik er der en forskel på 200.000 – altså 2,9 mio. i Danmark.

**Derfor vil de umiddelbare udgifter for Landskassen ved to privatpraktiserende læger oprundet blive 5,1 mio. kr./år**

Set ud fra de praktiserende lægers synsvinkel bliver regnestykket følgende:

1. praksisindtægter ... 5,1 mio. kr.
2. driftsomkostning, ifølge PLO, 51% ... 2,5 mio. kr.
3. Nettoindtægt ... 3,6 mio. kr.

Driftsomkostninger omfatter løn til sygeplejerske, husleje m.m.

Nettoindtægten må ikke forveksles med den skattepligtige indkomst, som utvivlsomt er mindre på grund af skattereglerne. Per læge bliver nettoindtægten 1,3 mio. som er lidt mindre end i PLOs omkostningsundersøgelse, men også med lidt færre patienter.